

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"MORTALIDAD MATERNA"

Estudio a realizarse sobre las causas principales
de Mortalidad Materna en las pacientes tratadas
en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Ins-
tituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Enero de 1983 a Enero de 1993.

Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

RONY ARMANDO MARTINEZ CASTRO

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

D2
05
7 (6955)

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICO HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO MEDICO DE SERVICIOS TECNICOS
SECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION

FORMATO PARA SOLICITAR AUTORIZACION DE ESTUDIOS DE TESIS

Guatemala, de de 199

Yo RONY ARMANDO MARTINEZ CASTRO, estudiante de La Universidad de SAN CARLOS DE GUATEMALA, de la Facultad de: CIENCIAS MEDICAS, por este medio solicito sea autorizado realizar mi trabajo de Tesis en la Unidad: HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA (IGSS) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, cuyo tema aprobado es: MORTALIDAD MATERNA

stendo mi asesor Institucional: (debe ser miembro del personal del IGSS) DOCTOR DAVID EDUARDO ARROYO, quien es: (puesto que ocupa) ESPECIALISTA UNO

Comprometiéndome a cumplir con la Reglamentación vigente para estudios de investigación, así como a entregar un ejemplar de la Tesis a la Sección de Docencia e Investigación y a la Unidad donde efectúe el estudio.

f) [Signature]
f) [Signature] APROBADO
Asesor: [Signature] DR. DAVID EDUARDO ARROYO, Especialista UNO (sello)
f) [Signature] Jefe de Departamento (sello) Coordinador del programa
f) [Signature] Director de la Unidad (sello)



USO EXCLUSIVO DE LA SECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION.

La Sección de Docencia e Investigación, Hace Constar: Que revisó el Protocolo de Investigación adjunto a esta solicitud, no encontrando ningún inconveniente para su ejecución, debido a que llena los requisitos académicos, éticos y de normas internacionales, como tampoco representa erogación para el Instituto.

AUTORIZADO
f) [Signature] Jefe de la Sección de Docencia e Investigación
f) [Signature] Jefe del Departamento Médico de Servicios Técnicos

Esta Sección es para autorizar el Informe Final. (Debe adjuntarse nota del asesor aprobando el Informe Final).

La Sección de Docencia e Investigación, Hace Constar: Que revisó el Informe Final de Tesis, autorizando al solicitante continuar sus trámites de impresión.

AUTORIZADO:
f) [Signature] Jefe de la Sección de Docencia e Investigación
Vo.Bo. f) [Signature] Jefe del Departamento Médico de Servicios Técnicos



Esta solicitud debe llenarse en triplicado, adjuntando inicialmente el Protocolo de Tesis, autorizado por la Facultad respectiva. Para autorizar el Informe Final debe traer nota del asesor de tesis institucional, donde aprueba su impresión.



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 31 de mayo

de 1994


Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS RONY ARMANDO
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
MARTINEZ CASTRO Carnet No. 85-15470
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"MORTALIDAD MATERNA"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Asesor
Firma y sello personal

DR DAVID ANDRÉO V.
Ginecoobstetricia
Colegiado No. 5913


Revisor
Firma y sello

Registro Personal 389

Juan Francisco de Lara M.
MEDICO Y CIRUJANO
QUINTANA ROO

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: RONY ARMANDO MARTINEZ CASTRO


Carnet Universitario No. 85-15470

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General
Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"MORTALIDAD MATERNA"


Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 31 de ULTRA mayo de 1994


Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis


Dr. Raúl E. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E


Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
D E C A N O

INDICE DE CONTENIDO

	Pag.
I. - INTRODUCCION.....	1
II. - DEFINICION DEL PROBLEMA.....	2
III. - JUSTIFICACION	3
IV. - OBJETIVOS.....	4
V. - REVISION BIBLIOGRAFICA.....	5
VI. - METODOLOGIA.....	19
VII. - PRESENTACION DE RESULTADOS.....	22
VIII.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	29
IX. - CONCLUSIONES.....	31
X. - RECOMENDACIONES.....	32
XI. - RESUMEN.....	33
XII. - BIBLIOGRAFIA.....	34
XIII.- ANEXO.....	36

I. INTRODUCCION

El presente estudio describe la frecuencia y principales causas de mortalidad materna en el Hospital de Gineco Obstetricia del IGSS, con periodo de 10 años comprendido de enero de 1983 a enero de 1993.

El interés central de esta investigación es que actualmente se carece de esta información en el IGSS, existiendo un gran número de muertes maternas sin explicación evidente, lo cual es preocupante tomando en cuenta el riesgo potencial que esto representa para la mujer en edad reproductiva, el estudio pretende conocer la frecuencia de mortalidad materna en el Hospital de Gineco Obstetricia de esta institución, determinando variables implicadas como edad, trimestre de embarazo, paridad, etc.

Se realizó una revisión directa de los expedientes clínicos; los datos se recopilan de una hoja matriz elaborado previamente para tal efecto.

Dentro de los hallazgos más importantes se encontró que el control prenatal fue inadecuado o no se llevó en el 96.32% de las pacientes. Además que la mortalidad materna fue más frecuente en el tercer trimestre del embarazo, siendo las pacientes en edad reproductiva las más afectadas.

Este estudio se realizó en el Hospital de Gineco Obstetricia del IGSS, durante los meses de abril y mayo de 1994, y evidencia la necesidad de concientizar a la población de la importancia de un control prenatal adecuado, así como enfatizar en la vigilancia en pacientes con patología previa y factores de riesgo durante y después del embarazo.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La mortalidad materna constituye un problema importante en obstetricia. Siendo múltiple su etiopatogenia, actualmente existen un gran número de muertes sin explicación evidente, a pesar de las mejoras en la atención prenatal y hospitalización, lograda en los últimos años.

Esta falta de información es preocupante, tomando en cuenta el riesgo potencial que esto presenta para la mujer y su círculo familiar. La mortalidad materna es definida como: "MUERTE DE LA MADRE A CONSECUENCIA DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS DEL ESTADO DE EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO Y, POR INTERVENCIONES, OMISIONES, TRATAMIENTO INCORRECTO O POR UNA CADENA DE PROCESOS RESULTANTES DE CUALESQUIERA DE LOS PROCESOS ANTERIORES, TAMBIEN COMO RESULTADO DE UNA ENFERMEDAD EXISTENTE. DESARROLLADA DURANTE EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO, PERO AGRAVADA POR LA ADAPTACION FISIOLOGICA DE LA MADRE AL EMBARAZO".

Estudios recientes de 1990, reportaron que la población estimada en reproductividad (15-49 años), en las región de las Américas es de 186 millones de las cuales más de 15 millones habrán dado un hijo vivo en el transcurso del año, durante este período reproductivo más de 28 mil mujeres perderán la vida por aborto, complicaciones del embarazo, parto y puerperio; de lo anterior podemos deducir que si estas mujeres tuvieran condiciones de vida y de atención de salud reproductivas adecuadas, la tasa de mortalidad materna disminuiría notablemente.

Para fines de este estudio se identificaron la frecuencia de la mortalidad materna y las diez principales causas de la misma, en las pacientes que tuvieron control prenatal en la consulta externa del hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y que la culminación del embarazo fue en esta misma institución y, a las cuales se les diagnosticó muerte real estando embarazadas, ya sea durante el control prenatal o al momento del parto.

III. JUSTIFICACION

La mortalidad materna es un problema actual importante en Guatemala y en otros países. Existe una gran cantidad de factores de riesgo a los que está expuesta una mujer durante su gestación, los cuales son en un gran porcentaje controlables y/o prevenibles mediante una adecuada atención de salud reproductiva.

En Guatemala los reportes indican que para 1989, se detectó un alto grado de subregistro (36.3%), encontrando que la tasa de mortalidad materna (incluyendo el subregistro) es de 20.22 por 10,000 nacimientos. Siendo Guatemala uno de los países con las peores estadísticas del continente. En países donde existe una mejor atención de las embarazadas (Estados Unidos) reporta una mortalidad de 1 en 6,366 nacimientos y en países como los del norte de Europa, 1 en 9,850.

Según informes recientes las vistas al control prenatal han disminuido lo cual podría perjudicar a la mujer en la prevención de la mortalidad materna.

Por estas razones consideramos impostergable y necesaria la identificación de la frecuencia de la mortalidad materna y sus principales causas en el Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, ya que no existía trabajo previo al respecto y por ser una institución que contribuye al control prenatal de una gran proporción de los embarazos conocidos en el país.

IV. OBJETIVOS

A) GENERAL

- Identificar la frecuencia de mortalidad materna en el Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante enero de 1983 a enero de 1993.

B) ESPECIFICOS

- Determinar las diez principales causas de mortalidad materna.
- Determinar el grupo de edad más frecuente afectado por la mortalidad materna.
- Identificar en qué trimestre del embarazo es más frecuente la mortalidad materna.
- Identificar que paridad es la más frecuentemente afectada en el paciente en estudio.
- Determinar la frecuencia de mortalidad por año en la paciente en investigación.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

En 1990, la población estimada de mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años en la región de las Américas, es de 186 millones; de estas mujeres en riesgo reproductivo, un poco más de 15 millones habrán dado a luz un hijo vivo en el transcurso del año. (12)

Durante este episodio reproductivo se calcula que más de 28 mil mujeres perderán la vida por aborto y puerperio. Si todas estas mujeres tuvieran condiciones de vida y de atención de salud reproductiva similares a la del país con la menor tasa de mortalidad materna en la región, se podría evitar más de 27,400 de estas muertes (OPS-OMS).

En Guatemala un reciente estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública, mostró un alto grado de subregistro (36.3%), encontrando que la tasa de mortalidad materna (incluyendo el subregistro) es de 20.22 por diez mil nacimientos para el año de 1989. (12)

Aunque Guatemala ha logrado grandes adelantos en reducir la tasa de mortalidad infantil, continúa teniendo una de las peores estadísticas del continente. La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años es de 110 o más por mil nacidos vivos. (12)

Durante 1989, se realizó una investigación a nivel nacional por muestreo para conocer el grado de subregistro de la mortalidad materna. Dicho estudio demostró que había un alto grado de subregistro (36.3%). La tasa de mortalidad materna incluyendo el subregistro de 1989 fue de 20.22 por 10,000 nacimientos. (12) (10)

Como resultado de estas investigaciones se consideró conveniente la aplicación de la misma a todas las áreas de salud y con una muestra del 100% de las mujeres fallecidas entre 15 y 44 años. A la fecha, se ha realizado la encuesta en las áreas de Totonicapán, El Progreso, Sacatepéquez, Zacapa y Escuintla. (12) (10)

En la Conferencia Centro Americana para una maternidad sin riesgos en la Ciudad de Guatemala en el pronunciamiento del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social reporta en 1989, en lo que corresponde al 70% de los departamentos de Guatemala, la mortalidad materna fue a causa de hemorragia 43%, sepsis 18%, complicación por aborto 15%, toxemia 14% y a otras causas 12%. (16)

MORTALIDAD MATERNA HOSPITALARIA
Guatemala 1988
Dr. Marco A. Bocaletti G.
INCAP

La presente investigación se realizó a raíz de la falta de datos fidedignos de base, relacionados con la mortalidad materna a nivel nacional (Hospitalario). (12) (17)

Los resultados obtenidos presentan una tasa de mortalidad **materna hospitalaria nacional de 22 por 10,000 nacidos vivos**: bastante alta si la comparamos con la tasa de mortalidad materna nacional de 1987, reportada de 10.4 por 20,000 nacidos vivos. (12) (10) (17)

A la vez se observó un subregistro de 40% a nivel nacional lo cual podría explicar la tasa tan baja para 1987.

Las dos causas más frecuentes que provocaron las muertes fueron sepsis (46.5%) y hemorragias (26.0%).

Estos datos nos estimulan a diseñar estrategias de intervención para la reducción de esta mortalidad, acompañado del establecimiento de un sistema permanente de vigilancia. (19)

Cada cuatro horas, un avión jet se estrella en el suelo y perecen todos sus ocupantes. Los 250 pasajeros son mujeres, la mayoría de ellas en plena juventud, y algunas de menos de 20 años. Todas ellas están embarazadas o han dado a luz recientemente. La mayoría tiene otros hijitos en casa y familias que dependen de ellas. (13)

Este horrible panorama presentado en la reunión internacional sobre prevención de la Mortalidad Materna y organizada por la OMS, da idea al mismo tiempo, de la medida en que se le ha presentado insuficiente atención. Si las 500,000 defunciones maternas, que según se estima se producen cada año tuvieran lugar de manera tan concentrada y visible, suscitarían un clamor universal de protesta. Pero las defunciones maternas se producen espaciadas unas de otras, en países pobres, entre mujeres pobres y con frecuencia en pequeñas aldeas. Esas muertes no figuran en primera página de la prensa, y solo dejan en pos de huérfanos, familias enlutadas y agentes de salud frustrados por su incapacidad para evitar que se produzcan esas muertes. (13)

LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER
MORTALIDAD MATERNA:
NIVELES Y TENDENCIAS NACIONALES Y REGIONALES

Aunque las condiciones relativas a la mortalidad y morbilidad materna en América Latina y el Caribe son por lo general mejores que las de otras regiones en vías de desarrollo la amenaza de la mortalidad materna sigue siendo real y urgente. (14) (3) (5)

Los sistemas de registro civiles de la región han alcanzado un nivel de desarrollo relativamente alto, pero la cobertura incompleta de muertes en algunas regiones, además de la falta de registros o la clasificación equivocada de muertes maternas, significan que las estimaciones oficiales deben tratarse con cautela. En base a un análisis de estos factores para cada país, las cifras oficiales han sido ajustadas por los autores para producir estimaciones en base a períodos de cinco años desde 1970 a 1990. Según las estimaciones para 1990, la mortalidad materna es moderadamente alta (< de 50 muertes por 100,000 nacidos vivos) en el cono sur de Sudamérica; alta (entre 50 y 100) en el Caribe, Centroamérica y la región denominada en la monografía "Otros países Sudamericanos" (Brasil, Guyana, Paraguay y Suriname); y muy alta (más de 100) en la región Andina. Sin embargo, existen importantes variaciones dentro y entre países individuales. No se dispone de datos sobre la morbilidad materna a nivel ocurren entre 10 y 100 episodios de morbilidad obstétrica o ginecológica. (5) (3) (14)

Durante las últimas décadas, la mortalidad materna ha disminuido en todas las regiones de América Latina y el Caribe, como resultado de avances en el sector de salud e iniciativas en los ámbitos de educación y planificación familiar, las cuales han ayudado a aumentar la prevalencia de anticonceptivos y disminuir los índices de natalidad y aborto. En conjunto, estas medidas han logrado reducir los niveles de mortalidad materna, aunque este descenso ha variado entre países y a lo largo del tiempo, y en los últimos años se ha frenado. (14) (4)

Si las condiciones observadas durante la década de los ochenta permanecen constantes, un mínimo de 100,000 y hasta 127,000 mujeres de América Latina y el Caribe morirán por causas relacionadas al parto y el embarazo durante los noventas. Incluso si el uso de anticonceptivos sigue aumentando, si disminuye la fertilidad y frecuencia de los abortos clandestinos, si mejoran las condiciones sociales, económicas y de salud, y si se hace más para eliminar la mortalidad materna en los noventa de lo que se hizo anteriormente de todos modos morirán por lo menos 75,000 y hasta 94,000 mujeres fecundas por causas relacionadas a la reproducción.

En resumen, las vidas de 100,000 mujeres y la salud reproductiva de entre 1 y 10 millones de mujeres de esta región estarán en peligro durante esta década. (14) (1) (4) (5)

MORTALIDAD MATERNA: ESTRUCTURA DE CAUSAS DE MUERTE

La distribución de las muertes maternas según sus causas varía de un país a otro, de una región de un país a otra, y a lo largo del tiempo. En Sudamérica, la toxemia representa la principal causa de la muerte materna (21.0%), seguida por la hemorragia (19.0%), las complicaciones del aborto (17.0%) y las complicaciones en el puerperio (14.0%). En la mayoría de los países centroamericanos, la proporción de muertes debidas a abortos peligrosos es relativamente baja, pero la proporción de causas obstétricas no especificadas es muy alta. En el Caribe, la proporción de muertes causadas por complicaciones de aborto va desde 0 en Puerto Rico, hasta el 64% en Jamaica.

En general, la proporción de muertes debidas a la toxemia en el Caribe es mayor (19.0%) que las que ocurren a causa de la hemorragia (10%). (14) (7)

MORTALIDAD MATERNA

Índice de mortalidad materna: muertes maternas por cada 100 nacidos vivos. (7)

	(A)	(B)	(C)	(D)
Costa Rica	18	36	16	---
El Salvador	59	300	78	148
Guatemala	92	300	128	---
Honduras	50	300	56	221
Nicaragua	12	300	52	219
Panamá	38	60	50	---

- (A) Datos de registros civiles y estimaciones del gobierno.
- (B) Estimaciones previstas por OPS.
- (C) Cifra ajustada en base a nivel de cobertura y compleción según levantamientos y estimaciones especiales a nivel nacional, regional y de hospital, incluyendo la evaluación referida en (B).
- (D) Estimaciones en base a estudios de hospitales (El Salvador, Nicaragua) y comunidades (Honduras). (7)

**Probabilidad de muerte materna durante la vida de una mujer.
(1975/1984). (8)**

América Latina:			
Centro América	1 en	72	
Caribe	1 en	140	
Sudamérica Tropical	1 en	66	
Cono Sur	1 en	244	
Africa	1 en	21	
Asia	1 en	54	
Norte América	1 en	6,366	
Europa del Norte	1 en	9,850	(8)

COBERTURA DE LA ATENCION MATERNA NACIONAL (7)

	Atención Prenatal	Asistencia Capacitada en el parto
Costa Rica	90	93
El Salvador	34	50
Guatemala	73	--
Honduras	66	26
Nicaragua	92	73
Panamá	89	96

(7)

MORBILIDAD REPRODUCTIVA

La medición exacta de la morbilidad reproductiva es una tarea muy compleja, y existe muy poca información pertinente.
(7) (8) (4)

La mayoría de los análisis calculan que para cada mujer que muere por causas relacionadas al embarazo o el parto, existe entre 10 y 16 mujeres adicionales que sufren morbilidad relacionada a las mismas causas. Un análisis más reciente sugiere que para cada mujer que muere, otras 100 (o aproximadamente 62 millones de mujeres por año), sufren y sobreviven morbilidad aguda relacionada a las principales complicaciones del embarazo o el parto. Estas cifras no incluyen mujeres que sufren morbilidad crónica, como el prolapso uterino; enfermedades que ocurren o progresan rápidamente en el embarazo como diabetes; y las enfermedades de transmisión sexual. (7) (8) (9) (4)

* El SIDA es la principal causa de muerte entre mujeres de 20 a 40 años en algunas de las principales ciudades de las Américas. El 45% de los casos pediátricos del SIDA en América Latina han resultado de transmisión perinatal.
(7) (9)

- * Entre mujeres latinoamericanas que asisten a instalaciones obstétricas y de planificación familiar se ha registrado un nivel de prevalencia de gonorrea del 18%. (8) (9) (4)
- * Entre mujeres de 35 a 44 años que han tenido un mínimo de 7 partos, la prevalencia del prolapso uterino puede alcanzar el 25%. (7) (8)
- * En América Latina, el 15% de todas las mujeres de edad reproductiva y el 30% de las embarazadas padecen de anemia. (8)

DISMINUCION DE MORTALIDAD MATERNA EN CUBA

Dr. Evelio Cabezas (22)

En nuestro criterio, los principales factores que han contribuido a la disminución de la mortalidad materna en nuestro país, son las siguientes:

- Mejoramiento de las condiciones socio-económicas de la población.
- Desarrollo progresivo del sistema nacional de salud.
- Igualdad social de la mujer.
- Protección legal, social y económica a la maternidad.
- Educación para la salud a la embarazada, que incluye la preparación psicofísica para el parto.
- Desarrollo de un amplio programa de actividades para la educación sexual y el conocimiento por parte de la población de los elementos necesarios, para llevar a cabo la planificación familiar de forma adecuada.
- Desarrollo de un programa de planificación familiar.
- Mejoramiento de la calidad reproductiva en la mujer.
- Derecho de la mujer a elegir libremente el número de hijos que desea y de espaciar el nacimiento de los mismos de acuerdo a las necesidades biológicas y sociales.
- Realización, en instituciones hospitalarias de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Creación de una comisión nacional para el control y análisis científico-técnico de las muertes maternas.- Implantación de normas técnicas en la atención gineco-obstétrica.

- Incremento cualitativo en la atención prenatal y ampliación progresiva de la cobertura asistencial por el sistema de atención comunitaria que aporta el médico de familia. base actual de nuestro sistema de salud.
- Atención priorizada a la embarazada de alto riesgo.
- Aumento de los recursos en camas obstétricas en hospitales.
- Creación de una amplia red de hogares maternos que al cierre de 1990 llegaban a 152 en todo el país.
- Alcanzar, prácticamente, el 100% del parto institucional.
- Descenso significativo en las tasas de fecundidad y de natalidad.
- Desarrollo de la endoscopia como medio diagnóstico y terapéutico.
- Perfeccionamiento en la metodología de la atención en los salones de pre-parto y parto.
- Vigilancia, por personal calificado, del puerperio inmediato.
- Equipamiento, de nuestros hospitales en general, con los más modernos adelantos de la técnica.- Política de construir los servicios de gineco-obstetricia en hospitales clínico quirúrgicos y vinculación, de estos servicios, con los de terapia intensiva, para la atención al paciente crítico.
- Desarrollo de investigaciones relacionadas con la esfera materno infantil.

SALUD OCUPACIONAL DE LAS MUJERES

La participación tradicional de las mujeres en las tareas agrícolas y su inserción creciente en el trabajo industrial hacen vivir los riesgos de tipo ocupacional a que están expuestas, riesgos que adquieren mayor relevancia en el caso de las embarazadas. En la agricultura las mujeres entran en contacto con plaguicidas, algunos de los cuales, especialmente los fosfatos orgánicos, pueden provocar graves efectos sobre el organismo e incluso desencadenar insuficiencia respiratoria y muerte. Además de síntomas generales provocadas por la intoxicación, tales como náuseas, vómitos, debilidad muscular y convulsiones, los plaguicidas también pueden afectar el potencial reproductivo tanto de los hombres como de las mujeres. (18)

Investigaciones realizadas en cuatro países centroamericanos, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, revelaron que entre 1972 y 1975 hubo 14138 casos de envenamamiento por plaguicidas, 40 de los cuales terminaron en la muerte. Sin embargo, como la mayoría de los casos de intoxicación y muerte por plaguicidas no se comunican a las autoridades, las cifras reales deben ser mucho más altas. Estas observaciones son especialmente importantes cuando se considera que en la mayoría de los países en desarrollo se carece de legislación al respecto y que continúan usándose productos sumamente tóxicos que están prohibidos en otros países.

En 1976 se calculaba que alrededor de 30% de los plaguicidas exportados de los Estados Unidos a los países en desarrollo estaban prohibidos en ese país. (18)

Las mujeres que trabajan en tareas agrícolas no son las únicas sometidas a riesgos ocupacionales. Se estima que en América Latina, excluido el Caribe, una de cada cinco mujeres participa en la fuerza laboral. De ellas, 17.4% trabajan en la agricultura, 20.2% en el sector de servicios. (18)

En los países en desarrollo la mayor parte de la fuerza laboral de la industria electrónica está formada por mujeres. El uso generalizado en ellas de solventes orgánicos, ácidos corrosivos y gases puede provocar una amplia gama de problemas que van desde dolores de cabeza y náuseas, afecciones de la piel y quemaduras hasta daño hepático y renal e incluso distintos tipos de cáncer. (18)

Junto al posible daño a las células germinales y a los órganos sexuales del hombre y de la mujer, la exposición a sustancias nocivas puede conducir a la disminución de la libido, a la esterilidad y a los abortos espontáneos. También puede provocar nacimientos prematuros y defectos congénitos, así como déficit funcionales y cáncer durante la niñez. (18)

A estos efectos nocivos sobre la salud provocados por el contacto con sustancias tóxicas en el ambiente laboral debe añadirse la falta de protección legal de las mujeres trabajadoras, quienes como resultado de la crisis económica se están incorporando cada vez más a la economía informal. También digno considerarse es el caso de las mujeres especialmente embarazadas que cumplen un a doble jornada de trabajo, dentro y fuera del hogar, lo que aumenta las situaciones de estres físico. Estos hechos revelan la necesidad de tener mejor información, educación y legislación acerca de la participación laboral de la mujer y los efectos sobre su salud, a fin de limitar al mínimo los problemas que esta situación acarrea. (18)

FACTORES DE RIESGO

No todas las madres corren igual riesgo de enfermarse o morir. Se sabe actualmente que numerosos factores ocupacionales, ambientales y biológicos aumentan las posibilidades que algunas mujeres, más que otras, desarrollen complicaciones serias o fatales para ellas o el feto durante su embarazo o durante y posteriormente al parto. El conocimiento de estos factores y la puesta en marcha de ocasiones que los minimicen o eliminen puede convertirse en una herramienta de prevención de indudable importancia. (19)

Un enfoque muy útil es englobar los factores de riesgos para la madre o el feto en cuatro categorías principales. (19)(20)

- Riesgos preexistentes.
- Enfermedades preexistentes.
- Riesgos que aparecen durante el embarazo y
- Riesgos durante el parto.

Dentro de los riesgos preexistentes están las edades extremas (menores de 20 ó mayores de 35 años), la paridad (la primera o después de la quinta son las de más riesgos), los intervalos cortos entre los embarazos (menores de 2 años), la pobreza, el analfabetismo, los malos hábitos higiénicos y el vivir en zonas urbanas marginales o en zonas rurales con servicios de salud inadecuados. A estos factores se agregan la baja estatura (menor de 140 cm) y la mal-nutrición u obesidad de las madres.

Las enfermedades preexistentes tienen una clara influencia sobre el curso del embarazo y el parto, con consecuencias que pueden ser serias sobre la madre y el feto. Dentro de las enfermedades venéreas, el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), la tuberculosis, las infecciones crónicas, la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardíacas y renales. También son importantes las anomalías estructurales de la madre y los antecedentes de dificultades obstétricas y pérdidas fetales.

Entre los riesgos que aparecen durante el embarazo están la anemia; la diabetes, las infecciones; el bajo aumento de peso o su exceso; los embarazos múltiples o con problemas de presentación del feto; el abuso del alcohol, las drogas y el tabaco; la exposición a radiaciones, y los riesgos ocupacionales.

En lo que se refiere a los riesgos que se presentan durante el parto están los problemas de presentación fetal, las septicemias, los peligros asociados con la anestesia, las

hemorragias durante el trabajo de parto, el parto prematuro o prolongado y la ruptura prematura de membranas. A estas situaciones hay que añadir los riesgos que se presentan en el post-parto, entre los que se destacan las hemorragias y las infecciones.

Todos estos factores de riesgos exigen una conducta de cuidados prenatales adecuados y de atención especial durante el parto a fin de reducir la mortalidad y la morbilidad de la madre y su niño. Estos cuidados no terminan con el nacimiento, sino que deben extenderse luego del mismo, manteniendo a las madres-especialmente aquellas con antecedentes de complicaciones-bajo observación estrecha por lo menos en las primeras horas posteriores al parto, teniendo en cuenta la posibilidad de hemorragias e infecciones.

CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

Las causas de mortalidad materna son múltiples y no son siempre estrictamente biológicos, sino que están relacionadas con una amplia gama de condiciones. En muchos casos tienen un infortunado denominador común: atacan desproporcionadamente aquellas embarazadas que viven lejos de lugares donde pueden recibir atención adecuada y que viven en situaciones de pobreza extrema. La disminución de las elevadas tasas de mortalidad materna, por lo tanto, presupone arbitrar medidas contra las causas médicas más frecuentes, acompañadas de la voluntad política de generar una distribución de recursos más justa y equitativa. Además de las causas médicas, hay que considerar problemas logísticos, de transporte o de deficiencias de los servicios de salud. (21)

Aunque existen variaciones en la forma de clasificar las muertes maternas, éstas pueden ser divididas en dos categorías principales: Muertes obstétricas indirectas.

El análisis de las causas obstétricas directas, resultantes de complicaciones del embarazo y el parto, muestra que en los países en desarrollo las causas más frecuentes son el aborto inducido, la hemorragia, las infecciones, el parto obstruidos y la eclampsia, cuya importancia relativa varía los distintos países.

Entre las causas obstétricas indirectas están todas aquellas enfermedades concomitantes como las anemias, la malaria, la hepatitis, y la tuberculosis cuyo curso se agrava con el embarazo y el parto.

En los países en desarrollo se agregan a esas causas condiciones creadas o agravadas por situaciones de extrema pobreza. Además, en muchos casos, las embarazadas entran en situaciones de riesgo debido a su deficiente estado físico y a

la carencia o insuficiencia de cuidados prenatales, a los que ocurren infrecuentemente o cuando es demasiado tarde.

Muchas veces la mortalidad materna es el resultado final de una mala salud reproductiva y de procesos de desgaste del organismo producidos por décadas de desnutrición y miseria. Estos procesos pueden ser divididos en dos categorías principales: muertes obstétricas indirectas.

El análisis de las causas obstétricas directas, resultantes de complicaciones del embarazo y el parto, muestra que en los países en desarrollo las causas más frecuentes son el aborto inducidos, la hemorragia, las infecciones, el parto obstruidos y la eclampsia, cuya importancia relativa varía entre los distintos países.

Entre las causas obstétricas indirectas están todas aquellas enfermedades concomitantes como las anemias, la malaria, la hepatitis, y la tuberculosis cuyo curso se agrava con el embarazo y el parto.

En los países en desarrollo se agregan a esas causas condiciones creadas o agravadas por situaciones de extrema pobreza. Además, en muchos casos, las embarazadas entran en situaciones de riesgo debido a su deficiente estado físico y a la carencia o insuficiencia de cuidados prenatales, a los que ocurren infrecuentemente o cuando es demasiado tarde.

Muchas veces la mortalidad maternas es el resultado final de una mala salud reproductiva y de procesos de desgaste del organismo producidos por décadas de desnutrición y miseria. Estos procesos pueden comenzar antes del nacimiento, proseguir durante la infancia y adolescencia y continuar más tarde en la vida de las embarazadas. Comprenden una amplia gama que va desde deficiencias vitamínicas y minerales persistentes, hasta problemas derivados de embarazos a edades extremas, de embarazos múltiples con periodos de separación demasiado breves o demasiado largos.

La nutrición deficiente, las parasitosis intestinales, diversas infecciones y el trabajo físico excesivo potencian sus efectos y producen un porcentaje elevado de mujeres anémicas y desnutridas. En esas condiciones los embarazos, especialmente los embarazos frecuentes con intervalos cortos entre los mismos, causan estrés físico y psicológico adicional, que puede conducir al síndrome de agotamiento materno. Las embarazadas que en estas condiciones dan a luz, y que sin recuperarse totalmente se embarazan nuevamente, incrementan las posibilidades de tener hijos prematuros y de bajo peso al nacer. Se crea así un círculo vicioso o de marcados efectos negativos sobre la salud y el bienestar de las madres y sus niños.

De todas las causas de muerte materna, el aborto inducido, que es ilegal en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, es la que más adolece de subregistro. Es precisamente ese carácter de ilegalidad el que conduce a que sea practicado, especialmente en el caso de mujeres de escasos recursos, ya sea por las propias pacientes o por personas inexpertas y en muchos casos sin la asepsia adecuada.

El aborto inducido, que es usado fundamentalmente como método para regular la fecundidad, está en aumento en muchos países latinoamericanos, a pesar de serias restricciones legales, sociales y religiosas. Se supone que en América Latina, el aborto inducido está entre las principales causas de muerte de las mujeres entre los 15 y los 49 años de edad. (20) (21)

Aunque las cifras reales se desconocen, ya que muchos casos ocurren fuera del ámbito hospitalario, se calcula que pueden llegar a producirse 1,000 muertos por cada 100,000 procedimientos realizados. La mortalidad por aborto podría ser responsable en algunos casos de hasta la mitad de las muertes maternas. (20) (21)

Se calcula que en México se efectúan por lo menos 800,00 procedimientos anuales, en Colombia 280,000 y en Argentina uno de cada cuatro embarazos termina en aborto. Se estima que en América Latina en su conjunto se realizan alrededor de 5 millones de abortos anuales, lo que sugeriría que se efectúan alrededor de 500 abortos por cada 1.000 nacidos vivos. El aborto inducidos es actualmente uno de los problemas más serios que azotan la Región. (22)

Los riesgos asociados con el aborto inducidos dependen de una serie de variables, entre las que se encuentran el método utilizado, la competencia técnica de quien lo realiza, el momento del embarazo en el que se efectúa, la edad y el estado de salud de la embarazada y la disponibilidad y calidad de los cuidados médicos. Cuando el aborto se realiza en momentos y condiciones inadecuadas -especialmente en etapas avanzadas del embarazo- la incidencia de complicaciones, las más frecuente son las infecciones pélvicas y las hemorragias, que son causas importantes de mortalidad, que son causas importantes de mortalidad. Otras complicaciones habituales son los traumas a los órganos de la pelvis, las perforaciones uterinas y daños a la vejiga e intestinos. A estas complicaciones hay que agregar las derivadas de algunos métodos específicos para producir el aborto. Entre éstos están el uso de sustancias químicas que se introducen en el cuello uterino y provocan quemaduras y hemorragias y la ingestión de sustancias tóxicas que producen daños sobre el feto y la madre, a veces terminar en aborto. (22)

Se ha señalado que el aborto, más que una opción es la respuesta a la falta de opciones reales, tanto de salud como económicas, sociales y educativas. Una seria consideración del mismo muestra que no se puede permanecer impasible ante estas situaciones que imponen riesgos tan considerables, en especial para aquellas mujeres sin acceso a intervenciones seguras, víctimas de estándares sexuales arbitrarios e injustos. (21)

(22)

El análisis de otras causas de mortalidad materna revela que se requieren estrategias básicas para combatirlas. Dentro de esas causas, la hemorragias que se producen antes del nacimiento, después del parto o como consecuencia del aborto son factores importantes de mortalidad. En este caso, factores no solo médicos sino relacionados con la calidad de los servicios, la posibilidad de abastecimiento de sangre y de tratamiento rápido y oportuno son cruciales para evitar desenlaces fatales. Una vez desencadenada esta complicación no admite demoras ni equivocaciones. De allí la importancia de conocer la historia previa de la embarazada, ya que las mujeres múltiples, con antecedentes de hemorragia posteriores al parto o con anemias pronunciadas antes del embarazo constituyen grupos especiales de riesgo. La frecuencia con que se presentan y la importancia de su detección oportuna enfatizan la necesidad de entrenar a las parteras empíricas y a los trabajadores de salud, capacitándolos para detectar aquellos signos que indiquen mayor riesgo y determinar la necesidad inmediata de referencia a los niveles de atención más adecuados.

Las infecciones constituyen a combatirlas eficazmente. Causas importantes de infección son la contaminación del tracto genital por higiene inadecuada o por el uso de instrumentos no esterilizados durante el parto. Dos condiciones que predisponen a este tipo de complicación y sobre las cuales hay que poner especial atención son la ruptura prematura de membranas y los fragmentos de placenta retenidos, especialmente cuando el parto se realiza lejos de centros hospitalarios. (20)

La pre-eclampsia puede desembocar en un cuadro grave en la embarazada -que incluye convulsiones- al que se denomina eclampsia. Esta es una complicación frecuente y grave del embarazo que puede dar lugar a un desenlace fatal por lo menos en 5% de los casos. (21). Por ello, los controles prenatales para detectar síntomas tempranos como la hipertensión arterial, el edema o el marcado aumento de peso son tan importantes.

La eclampsia es más frecuente en los países en desarrollo, debido entre otras causas al estado de nutrición de las embarazadas, así como a la presencia de enfermedades no tratadas.

La mayor frecuencia de muerte por eclampsia en las poblaciones desprotegidas se debe en gran medida a la falta de acceso y de uso apropiado de los servicios de salud.

Las causas de mortalidad materna ya mencionadas son las que destacan por su mayor frecuencia y también porque pueden servir para diseñar estrategias de ataque para prevenirlas o disminuir su número.

Los factores de enfermedad o muerte mencionados anteriormente no deben distraer de la importancia que sobre la salud y el bienestar de las madres pueden tener los servicios de salud. Cuando estos son accesibles, eficientes y son utilizados por quienes lo necesitan pueden contribuir a evitar desenlaces fatales en una alta proporción de casos. Por el contrario, el tratamiento deficiente de las complicaciones, la falta de cuidados prenatales, la insuficiencia de personal capacitado y de abastecimientos críticos y la inaccesibilidad a los servicios de atención del embarazo y parto son importantes factores causales de muerte materna.

Estudios realizados en países en desarrollo demuestran que entre 11 y 47% de las muertes maternas se deben al tratamiento deficiente de las complicaciones del embarazo y el parto (20). Este tipo de situaciones está relacionado en parte con las difíciles circunstancias en que médicos y enfermeras desarrollan sus tareas, especialmente en zonas periféricas y rurales que carecen de infraestructura adecuada. Esto es especialmente significativo si se tiene en cuenta que el intervalo entre algunas complicaciones y la muerte es sólo de unas pocas horas.

La falta de personal adecuadamente entrenado en los distintos niveles de atención de la embarazada y del parto continúa siendo un problema importante en muchos países de América Latina y el Caribe, donde los profesionales tienden a concentrarse en las zonas urbanas más pudientes. A este factor debe agregarse la insuficiencia de abastecimientos esenciales como sangre y antibióticos y las dificultades de transporte y comunicación, hechos que complican aún más situaciones sumamente graves.

En lo que concierne a los servicios de salud, su accesibilidad determina el grado de su utilización y, en parte, de su eficacia. Las tasas de mortalidad materna son tanto más elevadas cuanto más difícil es el acceso a los servicios. Aumentar su calidad y facilitar su accesibilidad deben constituirse prioridades para las autoridades sanitarias de los distintos países.

VI. METODOLOGIA

- 1.- Tipo de Estudio:
Descriptivo Retrospectivo
- 2.- Selección del Sujeto de Estudio:
Se utilizaron todas las fichas clínicas de todas las pacientes que fallecieron por causas ginecológicas de enero 1983 a enero de 1993.
- 3.- Selección del tamaño de la muestra:
Se documentaron 82 pacientes que es el total de defunciones por causas gineco-obstétricas en los últimos diez años.
- 4.- Criterios de inclusión y exclusión:
 - A.- Inclusión:
 - Todos los expedientes que presentaron la información clara y completa.
 - B.- Exclusión:
 - Todos los expedientes clínicos que no presentaron la información clara y completa.
- 5.- Método de recolección de la muestra:
Se utilizo una hoja matriz previamente elaborada para la recolección de la información (ver anexo 1), en la cual se registro todos los factores de riesgo señalados en los objetivos.
- 6.- Definición de Variables:
 - A.- Edad: Período de vida medido en años, del nacimiento a la época actual o muerte. Es de tipo cuantitativo, se medirá por intervalos.
 - B.- Paridad, termino utilizado para referirse al número de partos que ha tenido una mujer. es de tipo cuantitativo. Puede ser medida por intervalos.
 - C.- Control prenatal: exámenes médicos periódicos durante el embarazo, para que este culmine sin complicaciones. previniendo las mismas. Es de tipo cuantitativo. Adecuado más de 5 visitas al médico, inadecuado menos de 5 visitas al médico.

- D.- Operación cesárea; tiene por objeto la extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero.
- E.- Parto Normal, significa la expulsión de un feto con un peso mayor de 500g. (20 semanas aproximadamente en condiciones normales el parto acontece cuando el feto a cumplido íntegramente el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo (parto a término), entre las 37 y 41 semanas completas de amenorrea.

7.- Recursos:

A.- Económicos:

- Costo Q.100.00.

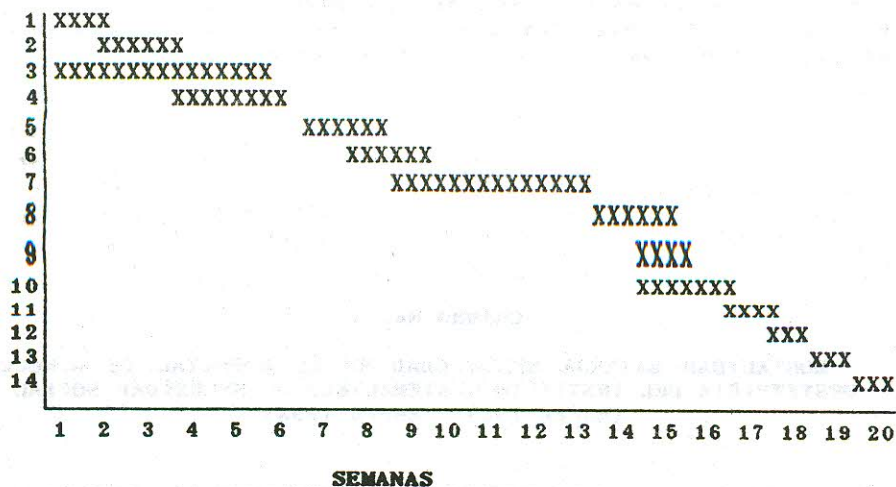
B.- Físicos:

- Archivo clínico general del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Expedientes clínicos de las madres, que fallecieron en el Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Hojas de recopilación de datos.
- Textos de Consulta.
- Material bibliográfico.

C.- Humanos:

- Personal biblioteca de APROFAN.
- Personal del archivo del Hospital de Gineco Obstetricia.

GRAFICA DE GANTT



ACTIVIDADES

- 1 Selección del tema de investigación
- 2 Elección del asesor y revisor
- 3 Recopilación del material Bibliográfico
- 4 Elaboración del proyecto
- 5 Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis
- 6 Diseño de los instrumentos de recopilación de información
- 7 Ejecución del trabajo de campo
- 8 Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficas
- 9 Análisis y discusión de resultados
- 10 Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen
- 11 Presentación del informe final
- 12 Aprobación del informe final
- 13 Impresión del informe final y trámites administrativos
- 14 Examen público de defensa de tesis

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

A continuación se presenta la tabulación de datos obtenidos en la recolección de los mismos, a través de la boleta, que fue diseñada para tal efecto. El tratamiento estadístico de los datos es de tipo descriptivo.

CUADRO No. 1

**MORTALIDAD MATERNA SEGUN EDAD EN EL HOSPITAL DE GINECO
OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
(Enero 1983 - Enero 1993)**

EDAD	FRECUENCIA	%
20-24 años	36	43.90
25-29 años	10	12.20
30-34 años	36	43.90
35 - >	0	0.00
TOTAL	82	100.00

Fuente: Archivo del Hospital de Gineco Obstetricia del IGSS.

CUADRO No. 2

MORTALIDAD MATERNA SEGUN NUMERO DE GESTAS
EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSS

GESTAS	FRECUENCIA	%
PRIMIGESTA	45	54.88
SECUNDIGESTA	10	12.20
TRES O MAS	27	32.92
TOTAL	82	100.00

Fuente: Archivo del Hospital de Gineco Obstetricia del IGSS.

CUADRO No. 3

MORTALIDAD MATERNA SEGUN CONTROL PRENATAL EN EL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA DEL IGSS
(GUATEMALA ENERO 1983 - ENERO 1993)

CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	%
NO CONTROL	30	36.58
ADECUADO	3	3.68
INADECUADO	49	59.74
TOTAL	82	100.00

Fuente: Archivo del Hospital de Gineco Obstetricia del IGSS.

CUADRO No. 4

MORTALIDAD MATERNA SEGUN EDAD GESTACIONAL POR TRIMESTRE
EN EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA DEL IGSS
(GUATEMALA ENERO 1983 - ENERO 1993)

TRIMESTRE	FRECUENCIA	%
PRIMERO	9	10.98
SEGUNDO	19	23.17
TERCERO	54	65.85
TOTAL	82	100.00

Fuente: Archivo del Hospital de Gineco Obstetricia del IGSS.

CUADRO No. 5

CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL
DE GINECO OBSTETRICIA DEL IGSS
(GUATEMALA ENERO 1983 - ENERO 1993)

CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA	FRECUENCIA	%
SINDROME DE COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA	45	54.88
ECLAMPSIA	15	18.29
SHOCK HIPOVOLEMICO	12	14.65
SHOCK SEPTICO	5	6.09
SINDROME DE HELLP	3	3.66
EMBOLIA DE LIQUIDO AMNIOTICO	2	2.43
TOTAL	82	100.00

Fuente: Archivo del Hospital de Gineco Obstetricia IGSS.

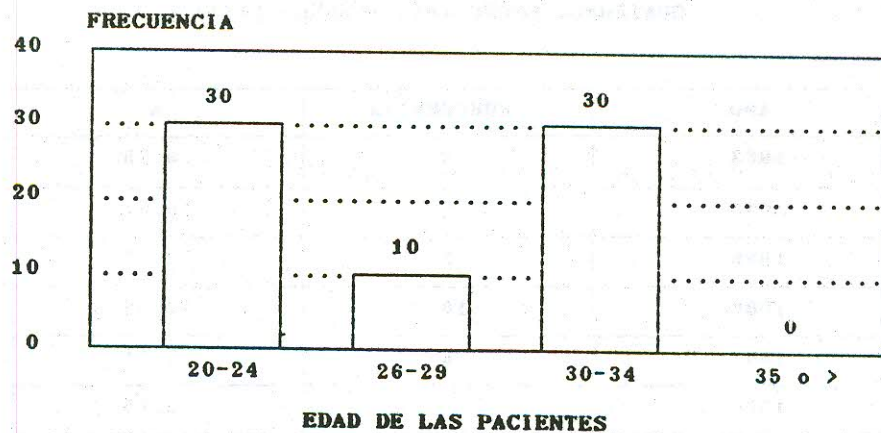
CUADRO No. 6

DISTRIBUCION ANUAL DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA DEL IGSS
(GUATEMALA ENERO 1983 - ENERO 1993)

ANO	FRECUENCIA	%
1983	8	9.75
1984	9	10.87
1985	7	8.57
1986	10	12.09
1987	6	7.31
1988	8	9.75
1989	8	9.75
1990	7	8.53
1991	10	12.09
1992-3	9	10.87
TOTAL	82	100.00

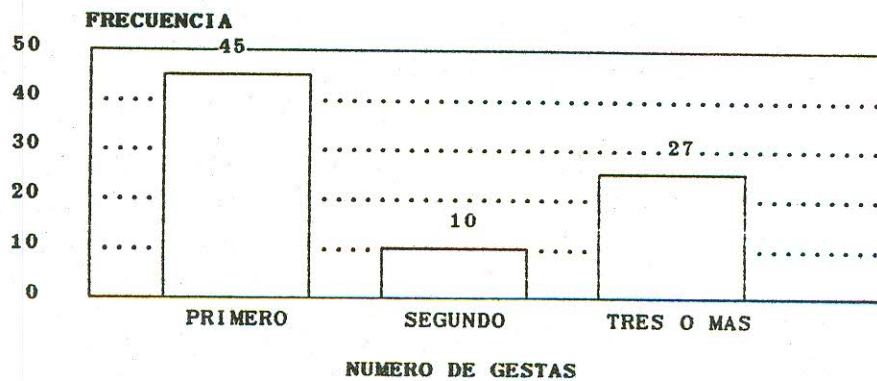
Fuente: Archivo del Hospital de Gineco Obstetricia del IGSS.

**MORTALIDAD MATERNA
DISTRIBUCION POR EDAD**



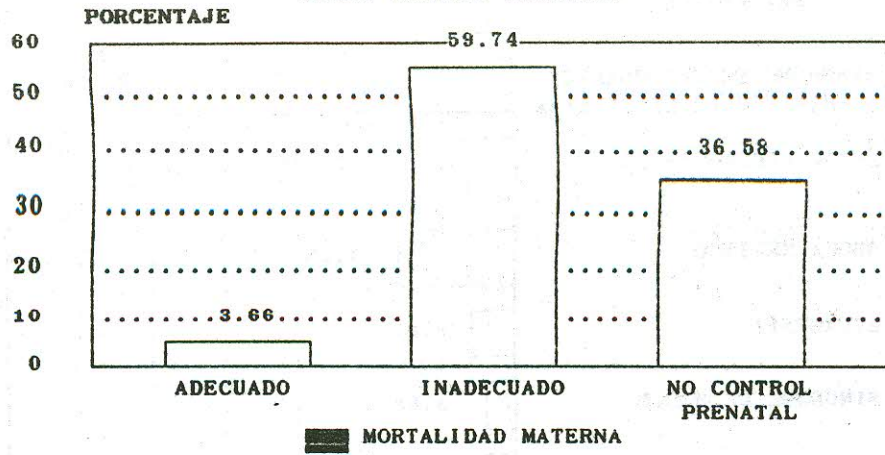
Archivo del Hospital de Gineco Obstetricia

**MORTALIDAD MATERNA
DISTRIBUCION POR NUMERO DE GESTACIONES**



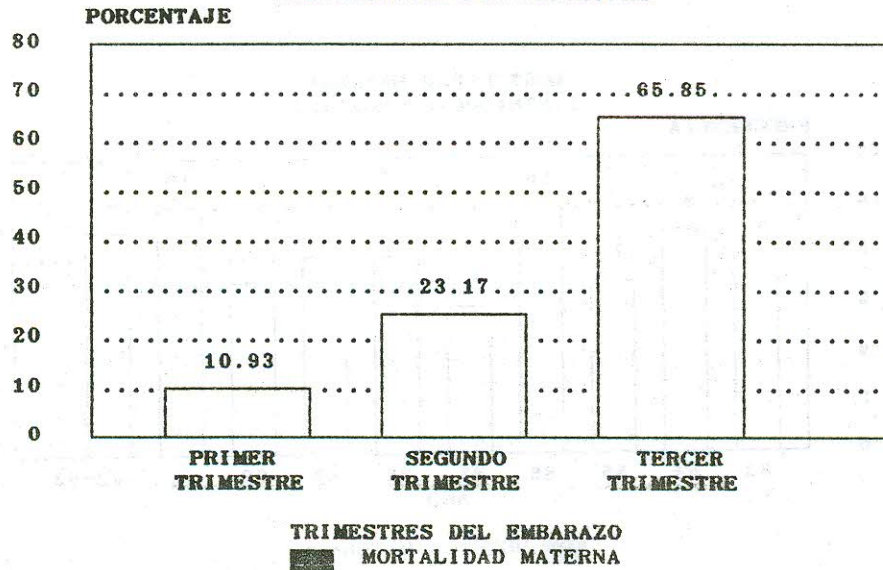
Archivo del Hospital de Gineco Obstetricia

**MORTALIDAD MATERNA
SEGUN CONTROL PRENATAL**



Archivo del Hospital de Gineco Obstetricia

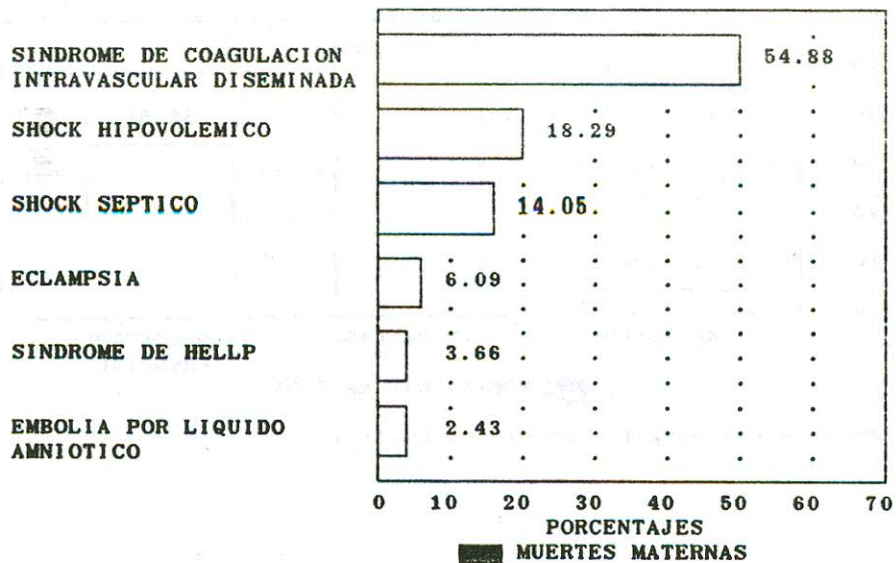
**MORTALIDAD MATERNA
DISTRIBUCION POR TRIMESTRE**



Archivo del Hospital de Gineco Obstetricia

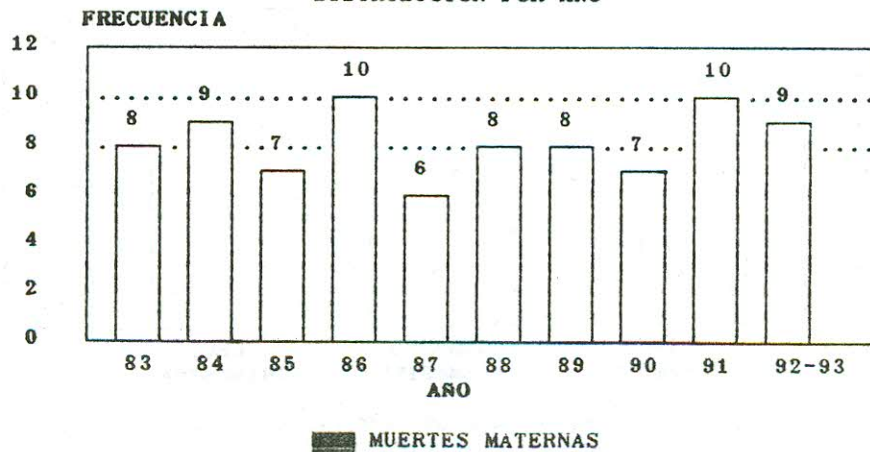
CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

PATOLOGIAS



Archivo del Hospital de Gineco Obstetricia

MORTALIDAD MATERNA DISTRIBUCION POR AÑO



Archivo de Hospital de Gineco Obstetricia

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1:

En este cuadro podemos observar que la población en edad reproductiva (20-35 años) fue la más afectada (100%) lo cual confirma lo que se indica en la literatura en lo referente a que esta población, por estar en edad fértil, es la que tiene la mayor incidencia.

CUADRO No. 2:

En este cuadro se comprueba que las pacientes que tuvieron mayor riesgo fueron las primigestas con un 54.88% y las multiparas con un 32.92%; posiblemente por la inexperiencia y estar predispuestas a distosias en el momento del parto en el caso de las primigestas, y las multigestas por problemas que pudieron haber tenido en el transcurso de sus embarazos anteriores o de patologías previas que pudieron haber constituido en un factor de riesgo para ellas.

CUADRO No. 3:

Este cuadro nos muestra que el 96.32% presentaron un control prenatal inadecuado o no lo llevaron. El mínimo de controles recomendados es de 6 en los nueve meses; notándose que sólo el 3.68% cumplió con este requisito, lo cual sugiere que la población no está aún educada a asistir al control prenatal y que el personal no se preocupa de la asistencia de las pacientes y en este sentido tiene vital importancia trabajo social, ya que máxime las pacientes con factores de riesgo debieran ser buscadas si no se presentan a su cita, convirtiéndose la atención "multidisciplinaria".

CUADRO No. 4:

Se observa que el mayor porcentaje se presentó en pacientes cuyo embarazo culminó en el tercer trimestre con un 65.85%, lo cual puede ser reflejo de la marcada disminución de visitas al control prenatal, lo que puede influir en que estas pacientes padecieron complicaciones obstétricas durante su parto.

CUADRO No. 5:

En este cuadro podemos observar que la principal causa de muerte fue el Síndrome de Coagulación Intravascular Diseminada con un 54.88%, seguido de Eclampsia con un 18.29%. lo cual indica que un alto porcentaje tuvo complicaciones al momento del parto, como lo relaciona el cuadro No. 4, en el cual la mayor parte de las pacientes llegaron al tercer trimestre. lo que confirma también que estas pacientes no cumplieron con el control prenatal adecuado, ya que este pudo haber detectado factores de riesgo para prevenir este tipo de patologías.

Podemos observar también que el Shock Hipovolémico ocupa un lugar preponderante con un 14.65% lo cual es lógico ya que la mayoría de pacientes obstétricas tienen elevado riesgo de padecer hemorragias severas, que llegan a la muerte si no se da atención rápidamente.

En lo referente a las otras patologías, podemos observar que son de difícil manejo, siendo complicaciones finales de muchas enfermedades predisponentes.

CUADRO No. 6:

En este cuadro se evidencia que la frecuencia anual de muertes maternas, no varió significativamente, manteniéndose estable durante los 10 años que se estudiaron.

IX. CONCLUSIONES

- 1.- Las pacientes en edad reproductiva entre los 20 a 35 años, fueron las más afectadas en un 100% por estar estas pacientes en la edad fértil.
- 2.- La mortalidad materna fue más frecuente en pacientes primigestas teniendo un porcentaje de 54.88%.
- 3.- El 96.32% de las pacientes no tuvo o tuvieron un control prenatal inadecuado. Lo que sugiere que la población no está aún educada para asistir a las visitas al médico.
- 4.- El presente estudio demostró que la mortalidad materna es más frecuente en el tercer trimestre del embarazo en un 65.85%.
- 5.- La principal causa de muerte materna en el Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social fue el Síndrome de Coagulación Intravascular Diseminada, el cual fue de un 54.88%.
- 6.- La frecuencia promedio anual fue de 8 muertes maternas no habiendo ninguna diferencia significativa de un año a otro.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Concientizar a la población, sobre la importancia del control prenatal, en especial a las pacientes comprendidas entre los 20 a 35 años, sobre la importancia de un control prenatal adecuado.
- 2.- Implementar una unidad de riesgo reproductivo, para detectar pacientes de riesgo y capacitar al personal médico y paramédico, sobre los principales factores de riesgo que influyen en la mortalidad materna.
- 3.- Incrementar la participación multidisciplinaria en el manejo de las pacientes con factores de riesgo.
- 4.- Garantizar a las gestantes con factores de riesgo, una accesibilidad asegurada a los servicios necesarios para prevenir complicaciones durante el parto y después del mismo.

XI. RESUMEN

El estudio sobre la mortalidad materna en el Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, es de tipo descriptivo y retrospectivo, siendo elaborado en el archivo clínico de dicho hospital, durante los meses de julio, agosto y septiembre de 1993. Se revisó en forma directa los expedientes clínicos de las pacientes que fallecieron por causas obstétricas durante el período comprendido de enero de 1983 a enero de 1993, en la misma institución.

El estudio pretende identificar la frecuencia de mortalidad materna y los principales causas implicadas en dichas muertes.

Entre los hallazgos más importantes se puede resaltar que el control prenatal, fue inadecuado o no se llevó en la mayoría de las pacientes, siendo la principal causa de muerte el Síndrome de Coagulación Intravascular Diseminada (54.88%), siendo el tercer trimestre el más afectado con un 65.85%, al igual que las primigestas con un 54.88%. Además se puede observar que el 100% de las pacientes se encontraban en edad reproductiva entre los 20 y 30 años, manteniéndose estable la frecuencia de mortalidad durante los 10 años de estudio.

De esos resultados se pretende analizar la importancia de educar a la población en lo referente al control prenatal y la necesidad de la implementación de una clínica de riesgo reproductivo, al igual que la implementación del manejo multidisciplinario de dichas pacientes.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. World Population Dataa Sheets.
Population Reference Bureau, Inc. 1989.
2. La Guardia, Katherine et al.
"A 10 year review of maternal mortality in a Municipal Hospital in Rio de Janeiro: A cause for Concern" En Maternal Mortality 75 (1).
3. Royston, Erica and Armstrong, Sue; editores
1989. Preventing Maternal Deaths. Geneva: World Health Organization.
4. Sai, Fred and Nassim, Janit.
1989, "The need for a reproductive health approach" International Journal of Gynecology and Obstetrics.
Suplemento 3 (1989): 103-13.
5. World Heath Organization (WHO), 1990
Maternal Health and safe motherhood programe Progress Report. 1097-90. Ginebra.
6. Basado en los datos de poblaciones estadounidenses por Lori Heise en "Crimes of Gender", Worldwatch.
Vol. 2 No. 2, marzo-abril 1989.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS), Maternal Mortality: A global factbook, OMS, Geneva, 1991.
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Plan regional para la reducción de mortalidad materna en las Americas, OPS, Washington, D.C. 1990.
9. Acsadi G., Johnson-Acsadi G., y Vlasoff M., Safe Motherhood in Latin América and the Caribbean; Socio-Cultural and demographic aspects of maternal health (Monografía preliminar), Acsadi Associates y Family Care International, New York, 1991.
10. Informe final del II Seminario Taller.
Salud Materna, Perinatal y Neonatal: Proyecciones futuras AGOG. Guatemala Diciembre 1991.
11. Panamá
Encuesta sobre salud Materno Infantil y Planificación Familiar 1984.
12. Boletín informativo semestral sobre Salud Materna -Perinatal y Neonatal- AGOG.
Volumen 1, Número 1. Julio-Diciembre 1991.

13. Crónica de la OMS.
40 (5): 195-205, 1986.
14. Family Care International.
Basado en la Monografía de George T. F. Acsadi Et. Al.
Maternidad sin Riesgos en América Latina y el Caribe.
15. Profesor Titular del Instituto Superior de Ciencias
Médicas de la Habana. Jefe Nacional de Obstetricia y
Ginecología del M.S.P.
16. Conferencia Centro Americana para una Maternidad Sin
Riesgos Ciudad de Guatemala del 27 al 31 de enero de 1992.
17. Prevención de la mortalidad materna en las Américas:
Perspectivas para los años 90s. OPS 1992.
18. Serie de publicaciones: Comunicación para la salud No.1
"La salud materna un perenne desafío".
Texto preparado por el Doctor César A. Chelada Consultor
del programa materno infantil. OPS 1992.
19. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción
Regional para la reducción de la mortalidad materna en las
Américas. (Documento de la OPS CSP23/10, 20 de julio de
1990.
20. Organización Panamericana de la Salud. La salud materna:
Un perenne desafío, Washington, D.C. OPS 1991.
(Serie Comunicación para la salud No. 2).
21. Organización Panamericana para la salud. Documento de
referencia sobre estudio y prevención de la mortalidad
materna.
22. Pregnancy termination. Complications of abortion in
developing countries. Population Reports, Series F, No.7,
julio 1980.



XIII. BOLETA

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Edad: _____
No. de Afiliación: _____ Año de Defunción: _____

ANTECEDENTES

Paridad: _____

CONTROL PRENATAL

Número de Controles: _____

Adecuado: _____

Inadecuado: _____

EDAD GESTACIONAL _____ **semanas**

Trimestre

1ro. _____ Segundo _____ Tercero _____

CAUSA DE MUERTE:

