

Universidad Autónoma de Baja California
Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California

Departamento de Enseñanza e Investigación
HOSPITAL GENERAL TIJUANA




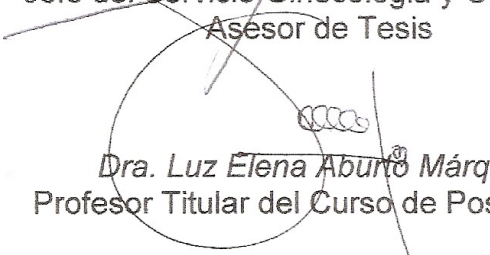
Trabajo Terminal que para obtener la especialidad de:
Ginecología-Obstetricia


Presenta:

Dra. **Rosalba Martínez Navarro**.
Residente de 4to año Ginecología y Obstetricia

APROBADA POR:


Dr. **Mariano López Ramírez**
Jefe del Servicio Ginecología y Obstetricia
Asesor de Tesis


Dra. **Luz Elena Aburto Márquez**
Profesor Titular del Curso de Post Grado


Dra. **Leticia Falcón Noriega**
Jefatura de Enseñanza e Investigación
Hospital General Tijuana

INDICE

Antecedentes.....	3-4
Planteamiento del Problema	10
Justificación	11
Objetivos	13
Hipótesis	14
Diseño del estudio	15
Material y Métodos	16
Variables	17
Captación de la Información	18
Resultados	19
Conclusiones	33
Apéndice	37
Bibliografía	42

ANTECEDENTES

FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL GENERAL TIJUANA. Revisión del 2004-2007.

A pocos años de iniciado el nuevo milenio es posible afirmar que cada año siguen falleciendo en el mundo medio millón de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio y que alrededor del 99% de estas muertes suceden en países pobres por el yugo del subdesarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud, si una mujer de un país en vías de desarrollo se embaraza, su riesgo de morir es 100 a 200 veces mayor que cuando lo hace una mujer de un país desarrollado.

La muerte de una mujer en etapa reproductiva debe ser objeto de máxima preocupación social, ya que dada su evitabilidad constituye una expresión de desventaja de los sectores sociales que las presentan. A diferencia de otros problemas de salud, las muertes maternas provienen de una situación deseada o aceptada, como es el embarazo; afectando de manera directa la salud de al menos dos personas y de manera indirecta la vida de muchos más.

Hoy día se sabe que las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud. (1). Que ocurren por la falta de acceso a los mismos o por la aplicación deficiente de conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo, del parto o del puerperio. Los factores de riesgo asociados al tipo de pacientes, crean un complejo escenario para que el Sector Salud pueda realizar acciones capaces de acabar con las muertes maternas y así obtener resultados positivos a futuro.

Dr. Rafael Lozano, Mto. Bernardo Hernández et al. " Factores Sociales y Económicos de la Mortalidad Materna en México " (INSP), Maternidad sin riesgos en México, 1994, Pp. 43-52.

Con el propósito de profundizar en el tema, a continuación se presenta un trabajo de investigación en el Hospital General Tijuana que permita contribuir en

el análisis de los factores sociales y económicos, es decir los factores de riesgo que se asocian a las muertes maternas en nuestra comunidad con el fin de establecer los perfiles sociodemográficos que predicen las causas de muertes maternas y su prevalencia para conocer las causas desencadenantes de las mismas y por ende lograr disminuir este grave problema de salud pública.

Para cumplir con ello se analizaron el total de las defunciones maternas presentadas en los últimos cuatro años en el Hospital General Tijuana, transcribiendo la información consignada en los expedientes clínicos, las actas de defunción del comité de mortalidad materna, y en los certificados de defunción.

En el análisis de la información se consideró a la muerte materna como aquella que ocurre mientras la mujer esta embarazada o cuarenta y dos días después de terminado el embarazo y que aparece registrada según la Novena Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9a) con los códigos 630 a 676 de la lista detallada (OPS, 1975).

Se emplearan fundamentalmente dos indicadores para su medición: la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad materna. El primero permitirá medir la relación que existe entre el número de defunciones y el número de nacimientos. Este indicador además de que registra de manera indirecta la población al riesgo combina la fecundidad con las muertes maternas. El segundo medirá la velocidad con la que se presentan las muertes maternas en la población femenina en edad fértil, en un período determinado.

Como se ha mencionado, en nuestro país las muertes maternas han disminuido en los últimos años. De presentar una razón de mortalidad materna de 52.9 por 10,000 nacimientos en 1940 desciende a 6.1 por 10,000 nacidos vivos en 1990. Sin embargo, este decremento de la mortalidad no es similar en todas las subpoblaciones que forman este país, mostrándose importantes rezagos en ciertas regiones y algunos grupos sociales.

La razón de mortalidad materna en México para 1990 divide al país en tres grupos. Los estados con baja mortalidad materna dentro de los niveles del país (razón por abajo de 3.1) que se localizan fundamentalmente en el norte, los estados con mortalidad promedio que se localizan en el centro, y los de alta mortalidad materna que se ubican en el sur. Cabe mencionar que la mortalidad que presentan en 1990 los estados de Oaxaca, Puebla, Tlaxcala, Veracruz y Estado de México equivale a la que presentaba Nuevo León hace 30 años, o Aguascalientes, Sonora y Baja California hace 20 años. ⁽¹⁰⁾.

10.- Dr. Pablo Kuri Morales. DGE /SS, Dr. Luis Anaya López. DGE/SS et al., "EVOLUCIÓN SOCIOCULTURAL DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO "Número 27 Volumen 23 Semana 27 Del 2 al 8 de julio 2006.

Mortalidad materna por tamaño de localidad

De acuerdo con lo anterior se clasifican las muertes maternas en tres grupos: 1) las que sucedieron en localidades rurales dispersas (menos de 2,500 habitantes) 2) las de localidades rurales concentradas (entre 2,500 y 20 mil) y 3) correspondientes a localidades urbanas (20 mil y más habitantes).

Según esta clasificación se observa que durante la década de los ochenta las muertes maternas tendieron a concentrarse en el medio rural.⁽³⁾

Esta diferencia se explica por la falta de disponibilidad de servicios en el medio rural o por barreras geográficas y económicas que impiden la utilización de los servicios.

Si se analizaran las diferencias por causas de muerte se encontraría que las muertes durante el parto, por hemorragias e infecciones son preferentemente rurales y aquellas por aborto causantes de hemorragia y/o sepsis y las de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo tienden a ser frecuentes en el medio urbano. Lo anterior tiene relación con la disponibilidad y accesibilidad de los servicios en el medio.

3.- INEGI/SSA, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud, Tabulaciones de Defunciones de 1979 a 1990.

Mortalidad materna por niveles de marginación

En resumen la mortalidad materna resulta ser uno de los más recomendables indicadores de desigualdad social.

Con el fin de comparar el comportamiento de la mortalidad materna y mostrar los efectos de la desigualdad ante la muerte, se introducirá en el análisis una variable que evalúa la marginación de la fallecida. Este índice de marginación se elabora con base en ciertas características productivas de la población, como aspectos relacionados con la escolaridad, número de gestas, control prenatal, etc. (2)

Mortalidad materna por edad

Si algo caracteriza a la muerte materna es que se trata de una muerte prematura. Si bien la tasa de mortalidad materna más elevada en la última década se presenta entre los 30 y los 35 años a nivel nacional, la edad promedio en la que mueren las mujeres por esta causa en nuestro país es de 29 años. Una manera de evaluar el efecto de las muertes prematuras sobre la población es a través de cuantificar los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). Este indicador se obtiene de la diferencia de la edad de la muerte y la edad a la que idealmente se esperaría que murieran las mujeres. En promedio cada muerte materna equivale a 40 AVPP en el periodo estudiado.

² CONAPO, Consejo Nacional de Población, "Indicadores sobre Fecundidad, Marginación y Ruralidad a Nivel Estatal y Municipal". México, 1987.

Mortalidad materna y escolaridad

Este comportamiento se diversifica al analizar las causas de muerte maternas según el nivel de escolaridad. Por ejemplo, las mujeres con baja escolaridad mueren por hemorragias, problemas en el parto o infecciones puerperales; y las mujeres con mejor escolaridad mueren frecuentemente por aborto o toxemia del embarazo.

Es importante recordar que el promedio nacional de escolaridad en 1990 correspondía a cuarto año de primaria elevándose ligeramente en las mujeres de 15 a 29 años. Si se estima la tasa de mortalidad materna por nivel de escolaridad se obtiene como resultado que en 1990, las mujeres sin escolaridad presentan una tasa de 14.5 por 100,000; las que cuentan con los tres primeros años de primaria de 9.9; las que habían cursado 4 ó 5 años de 7.3, y va descendiendo conforme avanza la escolaridad

Como conclusión se puede afirmar que el riesgo de morir por una causa materna se asocia de manera negativa con la escolaridad. Las mujeres analfabetas presentan un riesgo de morir 8 veces mayor con respecto a las de que tienen el nivel de preparatoria; las que no concluyeron la primaria el riesgo es de 5 veces mayor, y las que sí la concluyeron el riesgo es 3.6 veces mayor.

Estos resultados confirman lo referido a nivel internacional lo cual apoya la identificación de poblaciones de alto riesgo, para el desarrollo de acciones en salud en las regiones donde hay que redoblar esfuerzos. En parte los factores asociados a las muertes maternas pueden ser modificados por los servicios de salud, pero en su mayoría no son alterables con la sola participación del sector salud o con acciones aisladas asistenciales ya que reflejan problemas estructurales de nuestra sociedad. Por lo que el desarrollo de la **maternidad sin riesgo**, debe ser un trabajo en equipo con la total expresión de nuestro Sistema Nacional de Salud. (12)

12.-C Tena Tamayo, Ahued Ahued Jose, “ **Recomendaciones Generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica** “ Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 71, Agosto del 2003, Págs. 409-420.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

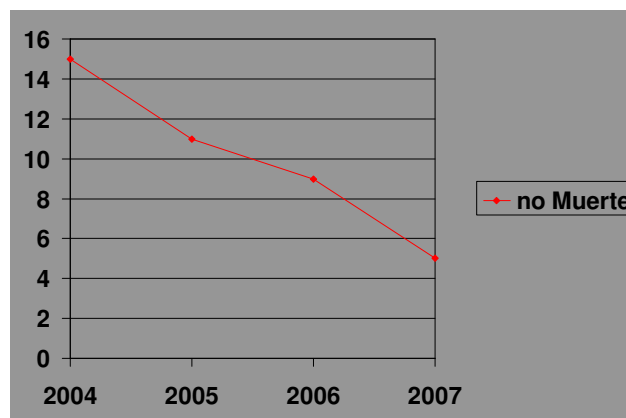
- ¿ La Mortalidad Materna prevalente en el Hospital General Tijuana es un fenómeno prevenible y evitable si modificamos ciertos factores educativos y de servicios de salud en la Comunidad ?

JUSTIFICACION

Es debido a que en nuestro Hospital como en el resto de las Instituciones de salud se presentan Muertes Maternas en poblaciones de riesgo (antes mencionadas), las cuales son evitables fundamentalmente con la reestructuración del sistema de salud y económico del país, se pretende con este trabajo el analizar las características encontradas en los casos de muerte materna ocurridos en el Hospital General Tijuana, para conocer los factores de riesgo de nuestra población y encaminar esfuerzos con el fin de reducir la mortalidad materna.

En los últimos cuatro años la Mortalidad Materna en el Hospital General Tijuana ha presentado un movimiento oscilante como se muestra en la siguiente tabla.

Prevalencia de Muerte Materna en los ultimos años.



Se revisaran los expedientes e informes de muertes maternas dictaminadas por el comité de muerte materna de la institución de las pacientes que ingresaron en el periodo del 1ro de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2007 y que fallecieron.

Lo cual permitirá conocer nuestra realidad para encaminar esfuerzos conjuntos y adquirir como equipo el compromiso y la responsabilidad sobre la salud de nuestras pacientes, con el único propósito de reducir sustancialmente la mortalidad materna en nuestra Institución, estableciendo estrategias de prevención e intervención oportuna.

Objetivos

- + Conocer los factores de riesgo que para mortalidad materna presentan las pacientes atendidas en el Hospital General Tijuana.**

- + Detectar y diagnosticar oportunamente entidades nosológicas prevenibles y/o tratables capaces de disminuir la mortalidad materna.**

- + Detectar y conocer las complicaciones previsibles de la morbimortalidad materna para disminuir y combatir el mayor numero de estas.**

Hipótesis

1 .- Hipótesis de Trabajo:

La Mortalidad Materna en el Hospital General Tijuana es prevenible y / o evitable.

2.- Hipótesis de Nulidad:

La Mortalidad Materna en el Hospital General Tijuana NO es prevenible y / o evitable.

DISEÑO DEL ESTUDIO

- 1.- *Se trata de un estudio.....Descriptivo*
- 2.- *Con conocimiento sobre los factores del estudio....Abierto*
- 3.- *Con Participación del Investigador tipo.....Observacional*
- 4.- *Con el tiempo en que suceden los hechos tipo.....Retrospectivo*
- 5.- *Con un periodo que cubrirá el estudio tipo..... Longitudinal*

Material y Métodos

A) Universo de estudio:

Muertes Maternas en Hospital General Tijuana

B) Tamaño de la Muestra:

Pacientes finadas entre el 1ro de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2007.

C) Forma de asignación de los sujetos:

Secuencial

D) Características de los sujetos de estudio:

Universo de muertes Maternas.

E) Criterios de selección:

INCLUSION:

- Pacientes fallecidas en Hospital General Tijuana
- Muertes Maternas del 1ro de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2007.
- Expediente completo de paciente con muerte Materna.

EXCLUSION:

- Pacientes sin Expediente Clínico
- Pacientes con Expediente Clínico incompleto.

Se revisaran los expedientes e informes de muertes maternas dictaminadas por el comité de muerte materna de la institución de las pacientes que ingresaron en el periodo del 1ro de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2007 y que fallecieron.

Las variables que se analizarán serán los siguientes :

1. Edad
2. Numero de gestas
3. Numero de consultas de CPN (control Prenatal)
4. Edad gestacional
5. Escolaridad
6. Ocupación
7. Estado Civil
8. Lugar de referencia (primer nivel/Particular)
9. Presencia de co-morbilidades
10. Vía de resolución del embarazo
11. Complicaciones
12. Causa de defunción
13. Servicio donde ocurrió la defunción
14. Estudios Post mortem
15. Muertes Maternas previsibles
16. Muertes Maternas evitables

Procedimiento de captación de la información:

- 1.- En el Departamento de Estadística, obtención de nombres y número de expedientes de pacientes fallecidas en el Hospital General Tijuana catalogadas como muertes maternas.
- 2.- En base a lo anterior, solicitar los expedientes correspondientes al departamento de Archivo Clínico.
- 3.- Obtención de Dictamen de Muerte Materna por parte del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
- 4.- En los casos en que alla lugar obtención de certificados de defunción con reporte de estudio post mortem (autopsia).

Métodos Estadísticos:

- Estudio de casos y análisis de variables para la obtención de media, mediana, máxima, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad materna y AAVP (Años de Vida Potencialmente Perdidos).

Cronograma de Actividades:

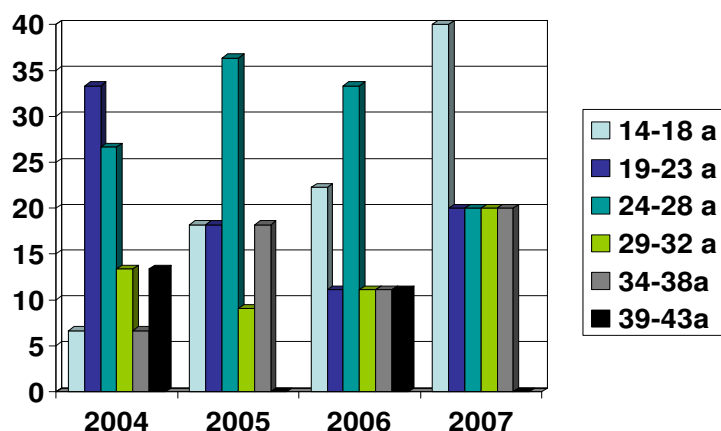
- Recolección de nombres, número de expediente, dictamen de muerte materna así como resultado de estudio (Certificado de autopsia) a partir de Abril del 2004 y hasta el 31 de Diciembre del 2007.
- Análisis de variables presentes en el Expediente Clínico a partir de Abril del 2004 y hasta el 31 de Diciembre del 2007.

RESULTADOS

Mencionaremos el registro de la Mortalidad Materna durante los últimos cuatro años del análisis de 40 muertes en el periodo comprendido del 1ro de Enero del 2004 al 31 de Diciembre del 2007, la cual muestra una tendencia significativa al descenso en el último año de registro que corresponde al 2007. Que será objeto de análisis paso por paso y en base a nuestras variables de estudio.

Una de las variables más importantes es la edad materna de muerte pues es un indicador de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), en los 90's era de 29 años el promedio de presentación de la Muerte Materna (MM), en el 2004 en nuestra Institución la edad mínima de MM fue de 14a en el 2004 y la máxima de 43a en el 2007 con una media de 26.47 años como lo muestra la siguiente grafica.

Prevalencia de Muerte Materna segun Edad del 2004 - 2007



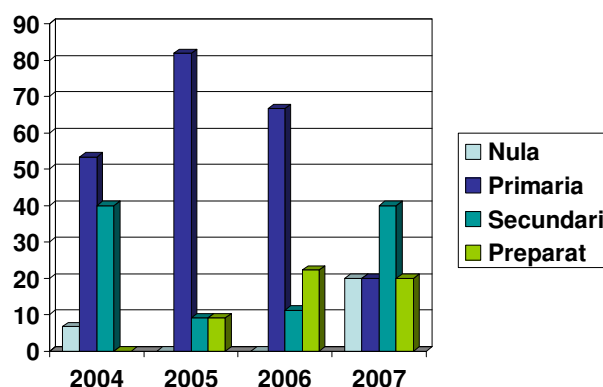
Siendo la AVPP promedio equivalente a 47.53 años en el periodo objeto de estudio del 2004 – 2007. Lo cual resulta alarmante en términos de vida reproductiva, económica y familiar perdida. Así como el hecho de que conforme avanzan los años, el embarazo se presenta en mujeres de edad mas avanzada lo cual aunado a comorbilidades propias de la edad, incrementa las posibilidades de muerte.

A continuación mencionaremos las variables que evalúan la marginación de la fallecida, tales como:

- Escolaridad
- Numero de Gestas
- Control Prenatal

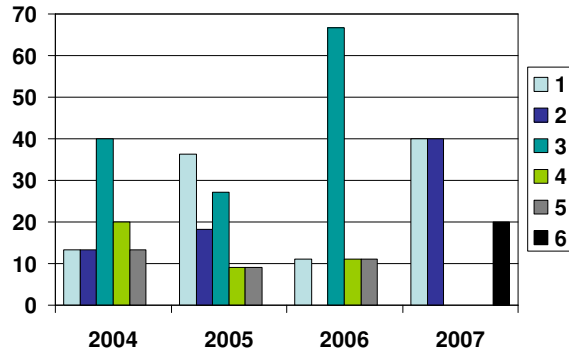
En el 2004 al 2006 predomino la escolaridad primaria entre las mujeres que presentaron muerte materna siendo el máximo porcentaje de presentación en el 2005 con el 81.81%, esto cambio como lo muestra la grafica para el 2007 donde predomino con en el 40% de los casos la escolaridad secundaria.

Prevalencia de escolaridad entre las Muertes Maternas del 2004 - 2007



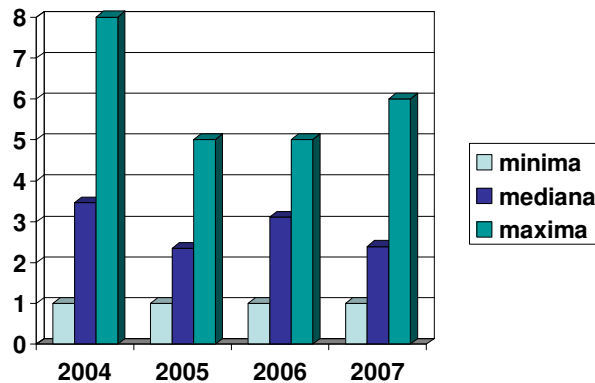
Y según el numero de embarazos de cada mujer, se encontró una mínima de 1 embarazo, es decir el actual, compatible con cada año de estudio y un máximo de 8 gestas en el 2004 lo cual hace hincapié en que la modernización y por que no el incremento en la Promoción de Planificación Familiar en estos últimos años ha cambiado positivamente las estadísticas.

Prevalencia de Muerte Materna segun el numero de gestaciones del 2004 - 2007



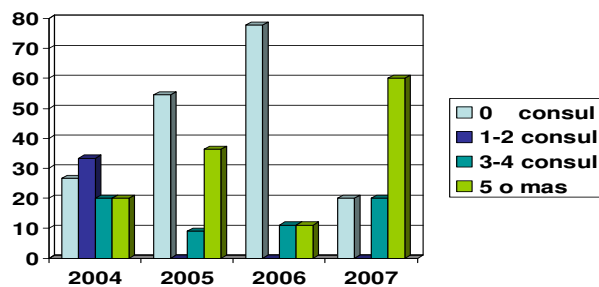
Siendo la media de 2.83 hijos por mujer que presento muerte Materna, como lo muestra la siguiente grafica.

Prevalencia de Muerte Materna segun Numero de Embarazos del 2004 – 2007



Otra variable de indicador de marginación es el acceso a los diferentes niveles de atención medica en busca de adecuado Control Prenatal.

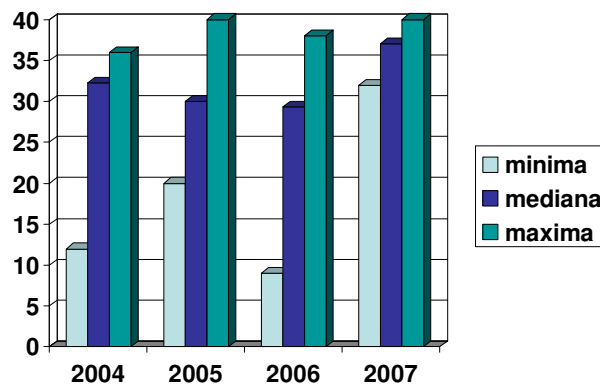
Prevalencia de Control Prenatal entre las Muertes Maternas del 2004 - 2007



Este rubro también fue muy cambiante según el año de estudio, ya que la mínima y máxima en el 2004 fue casi similar el 26.66% de las mujeres no llevaron Control Prenatal CPN mientras que la máxima es del 33.33% con tan solo 1 0 2consultas, mientras que en el 2005 como lo muestra la grafica predomino el ausentismo con el 54.54% y fue aun mayor en el 2006 con el 77.77%; esto viro significativamente en el 2007 con el 60% de pacientes que llevaron CPN con un total de 5 o mas consultas durante el mismo, tal y como lo marca la NOM-007-SSA2; y lamentablemente a pesar de este hecho no se pudo evitar el desenlace ya que se trataron de Muertes Maternas Indirectas.

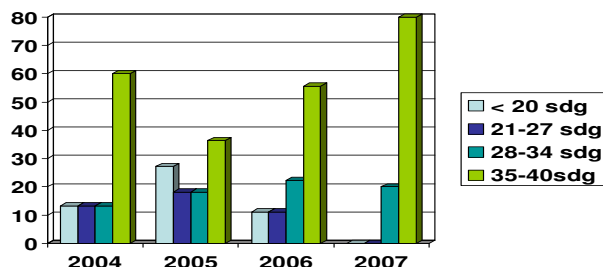
La edad gestacional promedio también resulto ser un fenómeno cambiante como lo veremos en la siguiente grafica:

Prevalencia de Mortalidad Materna segun Edad Gestacional del 2004 - 2007



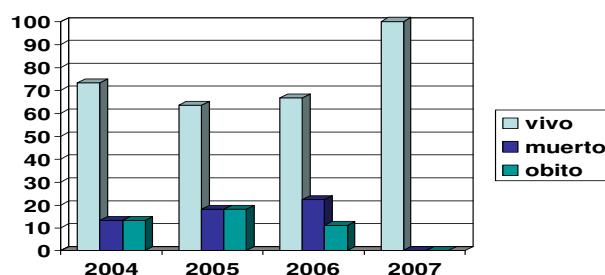
En los primeros años del 2004 al 2006, la mínima de edad gestacional de muerte materna fue en el Primer trimestre entre la semana 8 y el Segundo trimestre hacia la 20 sdg. Mientras que lamentablemente en el 2007 la mínima y la máxima de presentación de MM fue en el Tercer Trimestre de gestación dejando en la orfandad a los recién nacidos viables.

Prevalencia de Mortalidad Materna segun la Edad Gestacional del 2004 - 2007



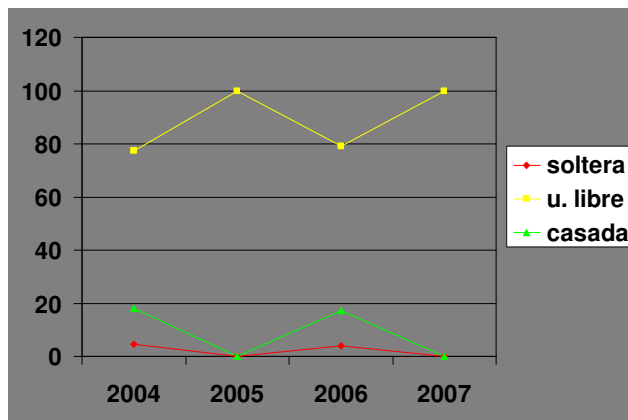
Lo anterior es de suma importancia ya que el porcentaje de recién nacidos vivos prevaleció sobre el resto, siendo en el 2004 del 73.33%, en el 2005 del 63.63%, casi similar en el 2006 de 66.66% y sorprendentemente en el 2007 fue del 100% pues la causa fundamental de MM no fue el embarazo como tal, sino las comorbilidades de la madre. Como se muestra en la siguiente grafica.

Prevalencia de Mortalidad Materna segun Estado de Salud del producto del 2004 - 2007



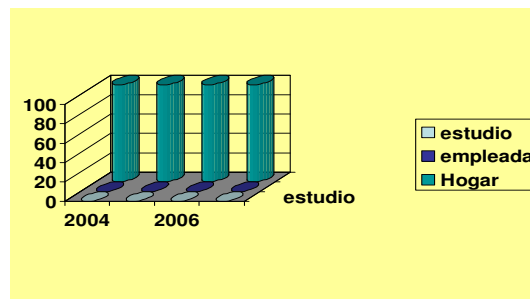
En la variable de Estado Civil encontramos que el numero mayor de defunciones maternas ocurrió entre las pacientes que cohabitan en unión libre con respecto a las solteras y las casadas como lo muestra la siguiente grafica.

Prevalencia de Mortalidad Materna segun Estado Civil del 2004 - 2007



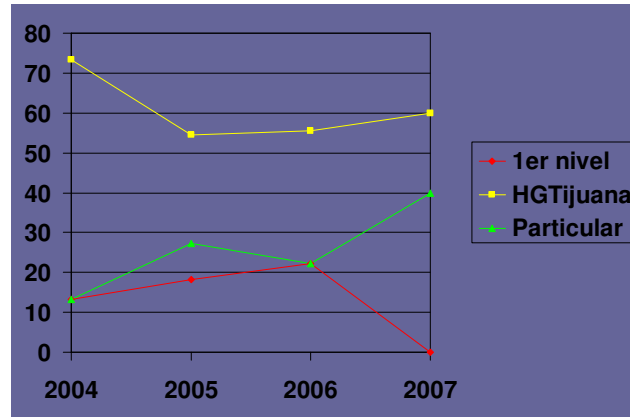
La variable de ocupación dentro de este estudio no presento mayor relevancia, ya que en el total de Muertes Maternas, las pacientes se dedicaban al hogar como se muestra a continuación:

Prevalencia de Muerte Materna segun su ocupacion del 2004 - 2007



Es importante también reconocer el impacto que en Prevención se refiere crea el primer nivel de atención sobre la Mortalidad Materna aunque en este caso resulta ser negativo al igual que el que realiza el medio privado ya que enviaron a las pacientes a esta Institución ya complicadas en su patología de base y aun mas graves en el caso de aquellas en las que existía un compromiso de salud establecido previo al embarazo.

Prevalencia de Muerte Materna segun Lugar de Referencia del 2004 - 2007

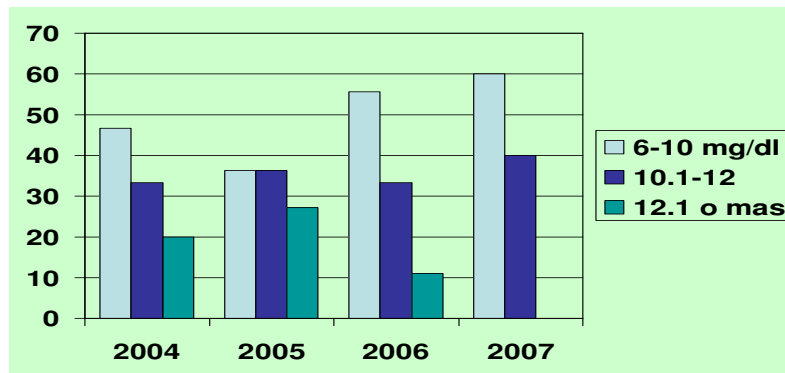


También es importante recalcar que fueron en su mayoría atendidas por vez primera en el Hospital General Tijuana provenientes de su domicilio, aunque ya acudieron en estado grave nos indica que la falta de Control Prenatal hace estragos en la salud materna, pues se pudieron evitar dichas MM con tan solo acudir al Centro de Salud mas cercano a su domicilio, lo cual predomino como se puede observar en la tabla superior, fue de hasta el 73.33% en el año 2004 con cierto decremento en el 2005, pero nuevamente presenta incremento de hasta el 60% en el 2007. (14)

14.- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la prestación del servicio. Diario Oficial de la Federación, Mexico, 31 de octubre de 1994.

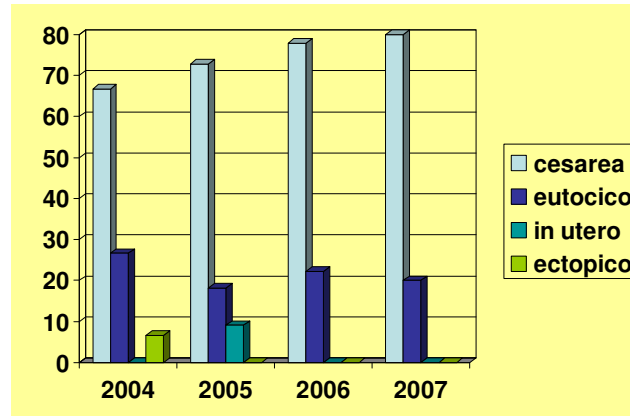
Y es debido al Nulo o deficiente Control Prenatal en estas pacientes que se encontraban hasta en un 60% de los casos del 2007 con anemia de entre 6 y 10 mg/dl, en el 2006 fue de 56% al igual que en el resto de los años de estudio, lo que exacerba la patología de base o hasta puede ser un factor desencadenante de la misma aunado a desnutrición, falta de ingesta de multivitaminicos, mal estado general, posición socioeconómica etc. como lo muestra la siguiente tabla.

Prevalencia de Mortalidad Materna segun la Presencia de Anemia del 2004 - 2007



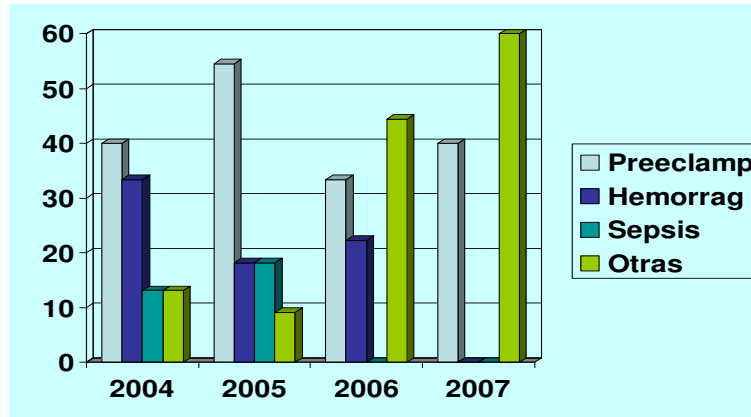
Por lo antes descrito dichas pacientes requirieron de diversos servicios para su atención como es el caso de Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Unidad de Cuidados Intensivos y fue en alguno de ellos donde finalmente se presento la defunción y también es relevante hablar de la vía de resolución del embarazo ya sea vía eutocico, vía cesárea, etc. como lo muestra la siguiente grafica.

Prevalencia de Mortalidad Materna segun Via de Resolucion del Embarazo del 2004 - 2007



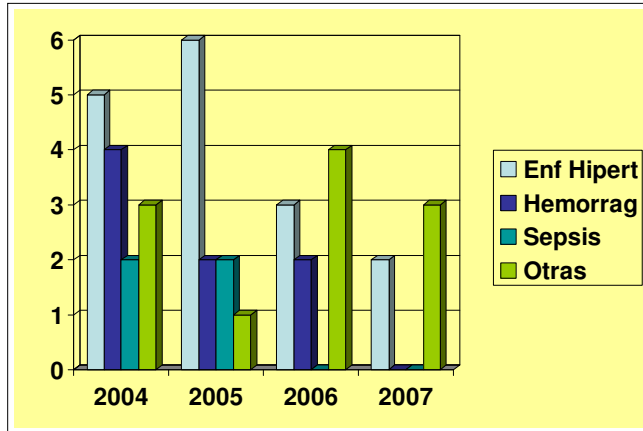
Siendo la vía de interrupción abdominal la mas frecuente, del 66.66% en el 2004, del 72.72 % en el 2005 y hasta el 77% y 80% en el 2006 y 2007 respectivamente.

Prevalencia de Mortalidad Materna segun Causa de Muerte del 2004 - 2007



Entre las causas de Muerte Materna se encuentran las predominantes en la literatura mundial como son Preeclampsia – Eclampsia en el 2004 y en el 2005, para el 2006 ya se vio una significativa diferencia la cual fue predominante para el 2007 donde el 100% de las MM fueron de manera Indirecta es decir por patología subyacente como cáncer de mama, HIV, etc.

Prevalencia de Muertes Maternas del 2004-2007 por Patología.



Siendo las patologías mas frecuentes la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo la cual se presento en el 54.54% de los casos en el 2005 es decir en 6 de las 11 pacientes que fallecieron, mientras que en el 2006 y 2007 otras patologías fueron las causantes del deceso.

Finalmente podemos obtener que la razón de mortalidad materna es de 13.5 MM por cada 10,000 nacidos vivos en los últimos 4 años, pero haciendo énfasis que en los últimos dos años esta ha descendido a 8.68 y en el último año en que se presentaron 5 MM y 3 de ellas son indirectas la tasa de mortalidad es inferior con 4.1, por debajo de la media nacional de 4.5. Esto podría ser secundario a la mejoría en la calidad, calidez e infraestructura renovada presente en el segundo nivel de atención, es decir en nuestro Hospital General Tijuana así como al compromiso hecho por parte de los Médicos Adscritos, Becarios y resto del Personal que aquí labora a favor de nuestras Madres y del binomio, lo cual se ve reflejado en las estadísticas arriba descritas.

Conclusiones

La prevención y reducción de la mortalidad materna dependen fundamentalmente de la atención primaria, del Compromiso y el Respeto a nuestras Madres.

Si analizáramos detenidamente el conjunto de resoluciones que la Organización Panamericana de la Salud presentó en su XXIII Conferencia, apoyando la iniciativa para una maternidad sin riesgos, que busca reducir la mortalidad materna el 50 % para el año 2000 y que entre sus estrategias está "Asegurar la existencia de un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, sobre muertes de mujeres en edad fértil para que proporcione información en cantidad y calidad, que permita conocer la magnitud del problema, sus causas y las determinantes sociales ", se comprende hasta dónde llega la importancia que desde el punto de vista preventivo tienen las acciones de salud que se ejerzan en la Atención Primaria de Salud con vistas a reducir este indicador. Recordemos que el Programa de Riesgo Preconcepcional establece identificar a las mujeres en edad fértil con factores de riesgo para su adecuado control y referencia.(6). Para prevenir las principales causas de muerte materna, según la IX Clasificación de Enfermedades son las siguientes, mismas que han sido objeto de nuestro estudio:

- Enfermedad hipertensiva del embarazo y del puerperio.
- Hemorragias del embarazo y del parto.
- Sepsis.

6.- Miguel Lugones Botell y Tania Yamilé Quintana Riverón3 “ **La prevención y reducción de la mortalidad materna dependen fundamentalmente de la atención primaria** “,Rev. Cubana Med Gen Integr 1997;13(1):5-6.

Como sabemos, existe en la actualidad un incremento en la presencia de comorbilidades tales como Hipertensión arterial sistémica, Diabetes Gestacional, etc. y aunado a la presencia de enfermedades de transmisión sexual y uso de drogas. Es fácil comprender que el riesgo de afección y muerte es inminente pero es aquí donde juega el principal rol ,donde están creadas todas las condiciones para prevenir estas entidades es pues en la atención primaria y, fundamentalmente, en el consultorio del médico familiar.

Lo mismo sucede con la enfermedad hipertensiva del embarazo, donde hay factores como las edades extremas, la malnutrición por exceso y por defecto, el hábito de fumar, los antecedentes de diabetes, etc., que pueden ser modificados o pueden crearse acciones de salud para evitar embarazos cuando las condiciones son muy desfavorables, con un adecuado control de esas pacientes.

En las pacientes con factores de riesgo de presentar preeclampsia, pueden realizarse masivamente las pruebas de predicción de padecer la enfermedad, como es la prueba de Gant que tiene resultados muy acertados y que pone en aviso al equipo de salud para darle un mejor control a éstas. (11)

11.-Dr. Romero Arauz Juan, Lara González Alma, et. Al, “ **Morbimortalidad Materna en Síndrome de Hellp** “

Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 69, mayo del 2001, Págs. 189-193.

El Programa Nacional de Acción para la Reducción de las Muertes Maternas, señala dentro de sus acciones y estrategias principales las siguientes:

- Identificar la población femenina con riesgo preconcepcional, y poner en práctica medidas que modifiquen o disminuyan los factores de riesgo.
- Incrementar a más del 90 % el número de mujeres que comiencen su atención prenatal en el primer trimestre.
- Capacitar al personal a cargo de la atención a la embarazada, de modo particular al médico familiar o de primer contacto, y enfatizar los aspectos relacionados con el riesgo materno y perinatal.
- Mejorar la atención perinatal en el Segundo nivel de atención.

Hemos querido resaltar sólo algunos de los aspectos que están vinculados muy estrechamente con la atención primaria, que permiten modificar factores de riesgo y logran reducir con un trabajo adecuado y sistemático este indicador.

Recordemos, además, que hay en la atención primaria consultas de Planificación Familiar que son idóneas para una adecuada selección de las pacientes de mayor riesgo y su adecuado control. Esto para no mencionar también las actividades que pueden hacerse de educación sexual en escuelas, centros de trabajo, círculos de adolescentes, etcétera, para lograr disminuir el número de abortos y enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

Si se comprende también que la muerte materna afecta directamente a la pareja y por consiguiente a la familia y a la comunidad en que viven, se comprende la importancia que tiene el desarrollo de actividades encaminadas a lograr la meta de reducir la muerte materna al 100 % para el año 2015, para lograr también una armonía y un adecuado funcionamiento familiar en nuestra población. (16)

16.- Secretaría de Salud de México, Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la Salud en México: Hacia un sistema universal de salud, 2da edición, julio del 2001.

APENDICE

Para el presente trabajo serán utilizadas las siguientes definiciones:

Muerte Materna: Es la defunción de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Muerte Obstétrica Directa: Es la que resulta de complicaciones obstétricas de la gestación, parto o puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos, etc.

Muerte Obstétrica Indirecta: Es la que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causa obstétrica directa pero si agravada por los efectos fisiológicas del embarazo.

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

Muerte Previsible: Es la que ocurrió por un tratamiento defectuoso en la unidad obstétrica u otros servicios antes de su admisión o por condiciones adversas a la comunidad tales como: transporte inadecuado, desconfianza en los servicios, omisión de la paciente en la búsqueda de terapéutica medica.

Muerte No Previsible: Incluye los casos en que No puede alterarse la historia natural de la enfermedad , a pesar de haberse llevado a cabo las acciones correctas y oportunas.

Muerte Materna Evitable: Con responsabilidad de la paciente, es aquella que se hubiera evitado de haber acudido oportunamente la gestante a recibir atención prenatal, y cuyo retraso fue causa de la paciente misma o de la familia.

Muerte Materna Evitable: Con responsabilidad hospitalaria es aquella que pudo haberse evitado si la mujer hubiera recibido en forma oportuna los servicios que debe prestar el hospital o Institución como banco de sangre, medicamentos, etc., para el tratamiento oportuno de las complicaciones. También el no contar con personal capacitado en las unidades de atención obstétrica, el carecer de normas para el manejo adecuado o las restricciones al acceso de mujeres gestantes a los servicios de obstetricia.

APENDICE

Estrategias para lograr un embarazo a termino sin riesgos:

- Impulsar el respeto a los derechos humanos de las mujeres, promoviéndose su superación tanto en su contexto personal, familiar, social y económico.
-
- Promoción y Educación en Salud para que las mujeres retrasen los nacimientos en etapas tempranas de la vida y abatir los mismo s en edad superiores a los 35 años.
-
- Intensificar la información al personal de salud para reconocer embarazos de alto riesgo obstétrico y sus posibles complicaciones.
-
- Asegurar que todas las unidades médicas cuenten con los recursos humanos, materiales y financieros que permitan otorgar una atención calificada.
-
- Promoción de periodos intergenésicos de por lo menos 2 años, a través del uso de métodos anticonceptivos efectivos y continuos.
-
- Promover en la pareja la participación en procesos y tareas familiares; involucrarlo en la toma de decisiones, como: la planeación de los embarazos, que la madre acuda temprana y periódicamente al control prenatal y , el cuidado y educación de los hijos.

APENDICE

Decálogo del Embarazo Saludable :

Proporcionar a la mujer y su pareja información veraz y suficiente para que decidan consciente y responsablemente, el número de hijos que desean tener y en las mejores condiciones.

La edad propicia para ser madre, debe ser mayor a los 19 años y menor de 35 años.

La madre, debe tener conocimiento e información precisa y oportuna sobre los riesgos que puede tener su embarazo.

Participación libre de la mujer en la planeación del embarazo y de las decisiones que afectan su cuerpo, su salud y su futuro.

Información Orientación y Consejería a la pareja respecto al ejercicio de una sexualidad gratificante durante el embarazo.

Educación que favorezca el autocuidado, el conocimiento de su cuerpo en beneficio de su autoestima y la preparación para amamantar.

Asumir hábitos saludables: dieta suficiente, equilibrada y variada, que favorezca las necesidades de nutrientes (ácido fólico y hierro) del binomio madre-hijo, además de realizar ejercicio moderado.

Mantener un entorno saludable en el medio familiar y de trabajo, que respete las necesidades biológicas de la gestante y su libre de humo de cigarro y sustancias tóxicas.

El profesional de la salud debe otorgar un trato digno y respetuoso, teniendo en cuenta sus temores, necesidades y su derecho a la intimidad.

La familia, las organizaciones de la sociedad civil y los diferentes gobiernos, deben promover la Maternidad Saludable como un derecho humano.⁽⁵⁾

5.- , A.O. Tsui, J. N. Wasserheit, and J.G. Haaga, eds. "**Healthy Pregnancy and Childbearing**," in *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions* Washington, DC, National Academy Press, 1997

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Dr. Rafael Lozano, Mto. Bernardo Hernández y Dra. Ana Langer, “ **Factores Sociales y Económicos de la Mortalidad Materna en México** “ (Instituto Nacional de Salud Pública, Maternidad sin riesgos en México, 1994, Pp. 43-52.
- 2.- CONAPO, Consejo Nacional de Población, “ **Indicadores sobre Fecundidad, Marginación y Ruralidad a Nivel Estatal y Municipal** “. México, 1987.
- 3.- INEGI/SSA, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud, Tabulaciones de Defunciones de 1979 a 1990.
- 4.- " **Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF**". World Health Organization, Geneva, 1996.
- 5.- , A.O. Tsui, J. N. Wasserheit, and J.G. Haaga, eds. “ **Healthy Pregnancy and Childbearing,**” in *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions* Washington, DC, National Academy Press, 1997.
- 6.- Miguel Lugones Botell y Tania Yamilé Quintana Riverón³ “ **La prevención y reducción de la mortalidad materna dependen fundamentalmente de la atención primaria** “, Rev. Cubana Med Gen Integr 1997;13(1):5-6.
- 7.- Cabezas Cruz E. “ **Mortalidad Materna** “. Rev. Cubana Obstet Ginecol 1993;19(2):75-7.

- 8.- Romo G. “ **La mortalidad materna problema de salud en México** “. La Habana, Cuba. 2000.
- 9.- . Velasco M. Navarrete E, Hernández F. Et al. “**Mortalidad Materna en el IMSS** “, resultados iniciales de una intervención para su reducción. Cirugía y Cirujanos, julio-agosto 72 (4) :293-300.
- 10.- Dr. Pablo Kuri Morales. DGE /SS, Dr. Luis Anaya López. DGE/SS et al., “**EVOLUCIÓN SOCIOCULTURAL DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO** “Número 27 Volumen 23 Semana 27 Del 2 al 8 de julio 2006.
- 11.-Dr. Romero Arauz Juan, Lara González Alma, et. Al, “ **Morbimortalidad Materna en Síndrome de Hellp** “ Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 69, mayo del 2001, Págs. 189-193.
- 12.-C Tena Tamayo, Ahued Ahued Jose, “ **Recomendaciones Generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica** “ Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 71, Agosto del 2003, Págs. 409-420.
- 13.-Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSAT-2000, Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales. Diario Oficial de la Federación, 17 de abril del 2000.
- 14.- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la prestación del servicio. Diario Oficial de la Federación, México, 31 de octubre de 1994.

15.-Secretaria de Salud de México, Programa de Acción “ Arranque Parejo en la Vida “. Subsecretaria de Protección y Prevención a la Salud., México, 2002, Págs. 21-24.

16.- Secretaria de Salud de México, Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la Salud en México: Hacia un sistema universal de salud,2da edición, julio del 2001.

17.-Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 26 de mayo del 2000.

18.-Ferrer Arreola Lorena, Basavilvaso Rodríguez Maria .et al, “**Análisis de la tendencia de Mortalidad Materna durante 10 anos de seguimiento en una región urbana** “, Ginecología y Obstetricia de México, vol.73, Septiembre del 2005, Págs.: 477-483.