

*César Augusto Corzantes Gm.
Mortalidad Materna en el
Hospital Roosevelt*

JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Decano Dr. Carlos M. Monson Malice
Vocal 1o. Dr. Raúl Rodríguez Padilla
Vocal 2o. Dr. Alfredo Barrascout
Vocal 3o. Dr. Carlos Pérez A.
Vocal 4o. Br. José Evalt Ayerdi
Vocal 5o. Br. Mario Héctor Quiroz
Secretario Interino Dr. Carlos Armando Soto

Tribunal que practicó el Examen General de Clínica Médica:

Dr. José Fajardo
Dr. Alfredo Saravia
Dr. Alfonso Saenz

Tribunal que practió el Examen Gral. de Clínica Quirúrgica

Dr. Roberto Arroyave
Dr. Rodolfo Solis H.
Dr. Rodolfo Durán

Tribunal que practicó el Examen Gral. de Clínica Obstétrica:

Dr. Luis F. Molina G.
Dr. Fernando Bregni
Dr. Ernesto Alarcón E.

PLAN DE TESIS:

I INTRODUCCION

II MATERIAL DE TRABAJO

III ANALISIS DE LOS CASOS

- 1) Incidencia
- 2) Datos generales
 - a) Edad
 - b) Paridad
 - c) Procedencia
 - d) Estado civil.
- 3) Consideraciones Hospitalarias
 - a) Control Pre-Natal
 - b) Ingreso Hospitalario
 - c) Motivo de Ingreso
 - d) Hospitalización y Tratamiento
- 4) Estudio Clínico Patológico
 - a) Diagnóstico Clínico
 - b) Diagnóstico Anatomo-patológico
 - c) Errores diagnósticos
 - d) Responsabilidad Hospitalaria.

IV CONSIDERACIONES SOCIALES

V SUGERENCIAS

VI CONCLUSIONES

VII BIBLIOGRAFIA

I INTRODUCCION

Al presentar este trabajo, no pretendemos ni con mucho, tomarlo como un tratado de Mortalidad. Es un estudio de los casos en los cuales ocurrió fallecimiento materno.

Este trabajo nace al observar la pérdida de vidas de esencial importancia para la familia guatemalteca como lo son las de las madres.

En él se resumen las causas y los motivos de los fallecimientos desde el inicio del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, el 15 de Diciembre de 1955, hasta el 15 de Mayo de 1962, con el objeto de analizarlas, clasificarlas, señalar con afán constructivo, aquellas causas que pueden modificarse y concluyendo en sugerencias, para salvar más vidas y evitar en lo posible la mortalidad materna.

Se seleccionaron 100 casos de los 107 que en realidad han ocurrido, debido a la facilidad que representa trabajar con un porcentaje unitario, aprovechando la coincidencia que una de las muertes sucedió en una paciente no obstétrica que fue ingresada en la Sección Privada por órdenes superiores; las 6 restantes, no fue posible localizarlas en el archivo del Hospital, de tal suerte que nos vemos obligados a trabajar con 100 casos.

Creemos que el presente trabajo es de importancia tanto para el Médico Obstetra, el Médico general, como para las autoridades gubernamentales, ya que la mortalidad materna es un problema de trascendencia nacional.

Si con este pequeño estudio logramos despertar la inquietud de todos aquellos a quienes incumbe y lograr, que en época no muy lejana, puedan establecerse medios profilácticos para disminuir la mortalidad materna; nos sentiremos satisfechos de haber contribuido en una mínima parte.

II MATERIAL Y METODOS:

Para realizar el presente trabajo se revisaron los archivos del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, analizando 100 casos en que ocurrió muerte materna, dichos registros médicos se revisaron con detenimiento, extractando los detalles que para el presente trabajo tienen importancia y tabulándolos en 22 columnas. Los datos fueron clasificados según su naturaleza, en: Generales de las pacientes (edad, procedencia, etc.), Obstétricos (paridad, pre-natal etc.), Clínicos (síntomas, impresión Clínica, tratamiento, diagnóstico patológico, etc.) Además se agregaron consideraciones especiales por ejemplo: error Diagnóstico y responsabilidad hospitalaria.

Así tabulados, se agruparon y se resumieron en los cuadros que se exponen en el siguiente capítulo:

III ANALISIS DE LOS CASOS:

1) INCIDENCIA:

El primer cuadro muestra la incidencia de mortalidad global por año y la incidencia total. Deseo aclarar que no se tomó en cuenta el año de 1955 (15 días del mes de Diciembre) porque el número de ingresos efectuados en dicho año no están registrados con exactitud. En este cuadro sí se tomó en cuenta la totalidad de muertes maternas (106).

1) INCIDENCIA:

Año	Admisiones	muertes	Incidencia	%0.
1956	7569	16	1 x 473	2.11
1957	8944	10	1 x 894	1.11
1958	10121	17	1 x 595	1.67
1959	10931	14	1 x 780	1.29
1960	11700	20	1 x 585	1.70
1961	12594	23	1 x 547	1.82
1962	5113	6	1 x 852	1.17
		—	—	—
TOTAL	66972	106	1 x 632	1.58

La incidencia total, observada en los años estudiados es de 1.58 por mil, promedio un tanto elevado, sin embargo, es importante aclarar como se encontrará más adelante que muchas de las muertes corresponden a pacientes que tuvieron un tiempo de hospitalización tan mínimo que no deben ser consideradas hospitalarias y que indudablemente disminuirán dicha incidencia.

De los casos revisados, 11 pacientes tuvieron un tiempo de hospitalización menor de 2 horas, por lo que la incidencia de mortalidad "corregida", es de 1 x 705 ingresos, que corresponde a 1.42‰

2) DATOS GENERALES:

a) EDAD:

Se clasificó la edad a que ocurrió el fallecimiento, en lustros, principiando desde la edad de 15 años, hasta los 40 años.

Se eligieron estos límites por su facilidad de exposición y porque corrientemente corresponden a la edad fértil de la mujer.

menores de 15 años	 1
15 años a 20 años	 12
21 años a 25 años	 25
26 años a 30 años	 25
31 años a 35 años	 16
36 años a 40 años	 15
mayores de 40 años	 6

La menor edad encontrada fue de 13 años y la mayor de 43 años.

Llama la atención que la mayoría de pacientes fallecidas estaban comprendidas entre las edades de 20 a 30 años, alcanzando el 50 por ciento. Este dato lo juzgamos de sumo interés, ya que demuestra que la mayor parte de pacientes fallecidas eran jóvenes.

Si se consideran por mitades, la edad fértil de la mujer, vemos que en la primera mitad, fallecieron 63 pacientes y en la segunda mitad 37.

b) PARIDAD

Para la clasificación de la gestación y paridad de las pacientes, fue tomado el dato que se consignó a su ingreso, y no el correspondiente al momento de su deceso, ya que como se verá más adelante, algunas pacientes fallecieron después de haber tenido su parto en el hospital.

A continuación se resume el dato correspondiente a Gestación:

Gestas 1	.....	18
Gestas 2	.....	11
Gestas 3	.....	10
Gestas 4	.....	8
Gestas 5	.....	10
Gestas		
mas de 5	.....	36
No consignadas	..	7

El siguiente cuadro resume el número de partos anteriores de las pacientes:

Nulíparas	.....	15
Para 1	.....	16
Para 2	.....	7
Para 3	.....	11
Para 4	.....	9
Para 5	.....	9
Para 6 o más		26
Paridad no		
consignada		7

Abortos Previos:

Se encontraron 13 pacientes con historia de un aborto previo. En 6 casos tenían el antecedente de 2 abortos pre-

vios, y solamente 2 pacientes habían tenido más de 2 abortos. Llamando la atención, el caso de la paciente de mayor pérdida gestacional, quien después de 9 embarazos únicamente en el de su ingreso había llegado a término.

Creemos necesario hacer un comentario de las gestaciones y paridad de las pacientes, ya que llama la atención que agrupándolas en tres grupos convencionales, a) Pacientes sin paridad y de paridad pequeña al igual que de poca gestación; b) Pacientes de gestación o paridad promedio y c) Pacientes de mucha paridad o gestación; se nota lo siguiente:

Grupo a)	Gestas 1 a 3	.....	39
	Paridad 0 a 2	.....	38
Grupo b)	(Promedio)		
	Gestaciones 4 y 5	.....	18
	Paridad 3 y 4	.....	20
Grupo c)	Más de 5 gestaciones	..	36
	5 y más de 5 partos	..	35

Observamos que el grupo de pacientes clasificadas como promedio, es en el que se encuentra la menor cantidad de mortalidad; y por el contrario, nos animamos a pensar conforme a la experiencia propia del hospital así como la de otros centros, que en dicho grupo de pacientes es en el que mayor volumen de casos concurren para la atención de sus partos. Desgraciadamente, no podemos ser concluyentes al respecto, pero sí nos inclinamos a pensar que tanto la baja como la alta paridad, por diversas circunstancias, son factores coadyuvantes a la mortalidad materna. Una conclusión definitiva sí podemos enunciar: en los casos revisados, la mortalidad materna, con respecto a la Gestación y paridad, estuvo ligada a los dos extremos: poca paridad y mucha paridad.

c) PROCEDENCIA:

Las pacientes fueron clasificadas en dos grupos: Urbana, en la que se concentran prácticamente las que vivían en

la ciudad capital en su área zonificada; y Rural, las que procedían de los alrededores de la ciudad o las procedentes de otros departamentos. Se encontró:

De procedencia Rural 41 Pacientes

De procedencia Urbana 59 Pacientes

Este dato es de gran importancia, ya que las pacientes que habitan en área urbana están mejor informadas y orientadas en el sentido de la atención y cuidados obstétricos, así mismo, son las que forman el grueso de la población hospitalaria. Por el contrario las de procedencia rural, generalmente carecen tanto de facilidades así como de educación materno-infantil; se abandonan más y aunque su ingreso al hospital es muchísimo menor, el número de casos de mortalidad es casi similar. Debe hacerse hincapié, que la mayoría de pacientes que ingresan de áreas rurales, son casos bastante complicados y muchos de ellos de extrema gravedad, y que a la postre hacen aumentar el número de muertes hospitalarias.

d) *ESTADO CIVIL:*

De acuerdo con el departamento de registros Médicos y Estadística del hospital, se clasificaron así:

Solteras 14

Unidas 62

Casadas 23

Viudas 1

Es importante señalar el alto número de pacientes solteras, y unidas entre las cuales se encuentra un buen número de madres abandonadas o que por otra parte tienen que buscar por sí y por su prole el sustento, acarriando por consiguiente su deceso, serias consecuencias sociales.

3) *CONSIDERACIONES HOSPITALARIAS*

a) *CONTROL PRENATAL:*

De las pacientes estudiadas en esta revisión:

84 pacientes no asistieron a control prenatal; y solo 16 pacientes fueron controladas en más de 2 ocasiones.

Es de lamentarse que tan pocos casos fueran vistos durante el primer tiempo de su embarazo, indiscutiblemente, la asistencia prenatal constituye un medio diagnóstico profiláctico, preventivo y terapéutico enorme que indudablemente, al descubrir un sin número de patología concomitante con el embarazo y el inicio temprano del tratamiento adecuado, es un valioso medio de disminuir la mortalidad intrahospitalaria.

b) *INGRESO HOSPITALARIO:*

Es de importancia consignar, que en realidad los 100 casos pueden dividirse en 2 grupos:

Pacientes de primer ingreso en su último embarazo: 97

Pacientes de re-ingreso :..... 3

Ello significa que de las muertes acaecidas, 3 de ellas habían sido hospitalizadas y atendidas en el Departamento, fueron egresadas y pocos días después re-ingresaron, por presentar complicaciones que las llevaron a su muerte.

Por otra parte debemos consignar, hecha la salvedad anterior, que 26 pacientes ingresaron en puerperio, mientras que las restantes 74 ingresaron con embarazo.

c) *MOTIVO DE INGRESO:*

Se analizó el motivo de ingreso, pero en los datos consignados en los registros clínicos, se encontraron más bien una lista de síntomas que muchas veces no tenían importan-

cia; de modo que se optó por resumir los casos, consignando el diagnóstico de ingreso, atendiendo a la razón o al tipo de complicación que presentaba cada caso. Se agruparon convenientemente en la siguiente manera:

- a) Complicaciones médicas y embarazo, lo cual incluye las cardiopatías, los problemas renales puros, enfermedades pulmonares, infecto-contagiosas, etc.
- b) Hipertensión y embarazo, tomándolo por separado dada la importancia que revisten estos casos, y a su frecuencia.
- c) Complicaciones quirúrgicas y embarazo; traumatismos, hemorragias internas, etc.
- d) Hemorragia vaginal y embarazo: incluye todos los problemas hemorrágicos ante e intra-partum.
- e) Trabajo de Parto sin ninguna complicación aparente.
- f) Trabajo de Parto y complicación obstétrica, por ejemplo transversa abandonada, falta de progresión, etc.
- g) Hemorragia post-partum, en las que se engloban tanto las hemorragias del alumbramiento, así como las de los puerperios inmediato, mediano y tardío.
- h) Puerperio complicado: en donde encontramos las complicaciones sépticas, etc.

Los datos así agrupados revelan lo siguiente:

a) Complicaciones médicas y embarazo	25 casos
b) Hipertensión y embarazo	15 casos
c) Complicaciones quirúrgicas y embarazo	3 casos
d) Hemorragia vaginal y embarazo	11 casos
e) Trabajo de parto sin complicación aparente	11 casos
f) Trabajo de parto y complicación obstétrica	7 casos
g) Hemorragia vaginal post-partum	13 casos
h) Puerperio complicado	15 casos
TOTAL:	100 casos

d) HOSPITALIZACION:

La duración de la hospitalización se clasificó en la forma siguiente:

1 minuto a 1 hora	6 pacientes
1 hora a 2 horas	5 pacientes
2 horas a 8 horas	18 pacientes
8 horas a 24 horas	18 pacientes
1 día a 5 días	31 pacientes
6 días a 10 días	12 pacientes
11 días a 30 días	9 pacientes
más de 30 días	1 paciente

TOTAL: 100 pacientes

El tiempo de hospitalización más corto fue de 5 minutos y el más prolongado fue de 34 días; el promedio de hospitalización fue aproximadamente de 5 días.

TRATAMIENTO:

Nos parece importante hacer notar, que hubo un grupo de pacientes (11), con un tiempo de hospitalización tan corto (menor de 2 horas), que prácticamente fue imposible establecer un tratamiento. Estos 11 casos, fueron los que se omitieron de la mortalidad global, cuando en el correspondiente capítulo se consideró la mortalidad "corregida".

El resto de las pacientes, recibieron el tratamiento de acuerdo con el diagnóstico clínico de ingreso.

En lo que respecta a la resolución del embarazo, se considerarán todas las pacientes, pero lógicamente aquellas que ingresaron en puerperio, con excepción de las 3 que se atendieron en el hospital previamente, se desconoce en detalle el tipo de parto que tuvieron; por ello las clasificamos en dos grupos:

a) Atendidas fuera del hospital	24
de Ellas tuvieron aborto	2
parto eutócico simple	21
Forceps	1

b) Atendidas o resuelto su embarazo en el Hospital.
En este grupo debemos considerar lo siguiente:

1) Fallecieron con embarazo sin ser resuelto	12
2) Tuvieron aborto	4
3) Intervención quirúrgica por mola (Histerotomía)	1
4) Partos eutócicos	25
5) Partos distócicos	34

TOTAL: 76

Los partos distócicos pueden clasificarse así:

Embriotomías (Decolación)	1
Versión y gran Extracción	6
Aplicación de Forceps	7
Cesáreas	20

TOTAL: 34

Queremos hacer ver que el número de casos resuelto por Cesárea es aparentemente muy alto, sin embargo, ello se debe al número de operaciones post-Mortem que se practicaron. Podremos pues dividir las intervenciones altas así:

Cesáreas Clásicas o Segmentarias	8
Cesáreas post-Mortem	12

Es interesante referir que de los casos en que como indicación postrera se trató de extraer el feto, se lograron 4 niños vivos, lamentablemente de ellos, 2 fallecieron poco después. Los otros dos egresaron del departamento de Maternidad en buenas condiciones.

4) ESTUDIO CLINICO PATOLOGICO

Se considera necesario para facilidad de comprensión, agrupar en este rubro varios conceptos, todos ellos orien-

tados específicamente al análisis previo y retrospectivo de la causalidad de muerte; este análisis se basará en el estudio comparativo clasificado del diagnóstico clínico, así como patológico de la causa de muerte. Por último, relacionando ambos factores se deducirán los errores diagnósticos, así como la responsabilidad hospitalaria en el deceso de las pacientes.

a) DIAGNOSTICO CLINICO:

El diagnóstico clínico de la causa de muerte se clasificó en la siguiente forma:

OBSTETRICAS:

Complicación hemorrágica (anemia aguda, shock)	27
Nefropatía gravídica	12
Septicemia post-partum	4
Shock obstétrico	4
Paro cardíaco operatorio	3
Muerte por Inhibición	2
Hiperhemesia gravídica	1
Sub-total	53

QUIRURGICAS :

Hemorragia Interna	2
Fractura del Cráneo	1
Ileo paralítico	1
Sub-total	4

MEDICAS:

Complicaciones Cardiovasculares	11
Complicaciones Pulmonares	8
Complicaciones Neurológicas	6
Complicaciones Gastro-intestinales	6
Complicaciones Renales	3

Séptico-piohemia	3
Complicaciones Hepáticas (infecciosas)	2
Fiebre Tifoidea	1
Tétano	1
Hipertiroidismo	1
Pancreatitis aguda hemorrágica	1
Sub-total	43
TOTAL	100

b) *DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO:*

Para clasificar este importante dato, se revisaron los informes de Autopsias clínicas, encontrando con satisfacción que de las 100 pacientes que comprende el presente trabajo, únicamente a 3 no se les practicó autopsia en el hospital Roosevelt; dos de ellas por ser casos Médico-Legales, cuya autopsia se efectúa por ley en el hospital General y la restante por oposición de los familiares.

El cuadro siguiente resume las causas de muerte, según el diagnóstico Anatómo-patológico:

OBSTETRICAS:

Anemia aguda por hemorragia uterina	22
Eclampsia	10
Ruptura uterina	6
Paro cardíaco anestésico	4
Shock obstétrico	4
Peritonitis aguda	3
Infartos Pulmonares múltiples (tromboflebitis)	3
Infarto y necrosis del útero	1
Dehiscencia de sutura uterina	1
Sub-total	54

MEDICAS:

Insuficiencia cardíaca	7
Entero-colitis aguda hemorrágica	5
Meningitis	4
Tuberculosis miliar	3
Neumonía Lobar	3
Uremia (Bloqueo renal)	2
Hepatitis a virus	2
Status epiléptico	1
Glomerulonefritis aguda	1
Tétano	1
Séptico-piohemias	1
Sub-total	30

QUIRURGICAS:

Peritonitis aguda	1
Hernia Interna estrangulada	1
Pancreatitis aguda (por obstrucción)	
del conducto de Wirsung por áscaris	1
Obstrucción pilórica por Ca. Gástrico localizado	1
Hemorragia Cerebral (Traumatismo)	1
Carcinoma del Tiroides	1
Hemorragia Interna por Diátesis hemorrágica	1
Ruptura de Aneurisma de la Aorta	2
Sub-total	9

OTRAS:

Causas de Muerte no explicable	3
Autopsia Médico-Legal	2
Autopsia en Reserva para Estudio	1
No se practicó autopsia	1
Sub-total	7
TOTAL:	100

Como puede deducirse por el cuadro anteriormente expuesto, la mayoría de pacientes (54), fallecieron por complicación puramente obstétrica, siendo las causas más frecuentes: Anemia aguda por hemorragia Uterina, Eclampsia y Ruptura Uterina. 30 pacientes fallecieron de complicación médica, siendo la más frecuente Insuficiencia Cardíaca.

c) ERRORES DIAGNOSTICOS:

En nuestro estudio encontramos, que hubo 16 casos en los cuales no se hizo un diagnóstico correcto, dichos errores diagnósticos se expondrán en el cuadro siguiente, haciendo un estudio comparativo entre el diagnóstico Clínico y el Diagnóstico Patológico o definitivo.

DIAGNOSTICO CLINICO:	DIAGNOSTICO PATOLOGICO:
1.—Tuberculosis Pulmonar	Tromboflebitis femoral Piometría Infartos Pulmonares
2.—Amnioítis Septicemia	Tromboflebitis iliaca Infartos Pulmonares
3.—Trabajo de Parto Prolongado en progresión Shock Obstétrico	Ruptura Uterina Embolia Gaseosa
4.—Aborto Incompleto Séptico.	Infarto y necrosis del Utero Peritonitis Aguda
5.—Septicemia Colapso Pulmonar	Enfermedad Hipertensiva Cr. Edema Agudo del Pulmón
6.—Puerperio complicado Intoxicación Alimenticia	Uremia Edema Agudo del Pulmón

7.—Bronconeumonía Septicemia	Dehiscencia de Sutura Uterina Peritonitis, Septicemia
8.—Ileo Paralítico Septicemia	Hernia Interna estrangulada Oclusión intestinal Necrosis intestinal
9.—Infarto del Miocardio Enfermedad Hipertensiva	Pancreatitis Aguda Hemorrágica Obstrucción del Conducto de Wirsung, por áscaris aberrante. Enfermedad Hipertensiva
10.—Nefrosis Coma urémico	Glomerulonefritis Subaguda
11.—Hiperhemesi s gravídica	Ca. Gástrico infiltrante localizado, con obstrucción pilórica
12.—Pancreatitis Aguda Hemorrágica. Infarto del Miocardio	Ruptura Aneurisma aórtico. Hemorragia interna
13.—Fiebre Tifoidea Septicemia	Neumonía Lobar Aguda
14.—Hemorragia intracraneana Infarto del Miocardio	Restos placentarios Estado puerperal
15.—Meningitis Fiebre Tifoidea	Hemorragia Intracerebral Enfermedad Hipertensiva
16.—Hipertiroidismo Bocio Nodular	Ca. del Tiroides Hemorragia intracraneana

Es necesario hacer ver que algunos de los errores diagnósticos pueden considerarse explicables. En efecto, hay varios factores que inducen a error: a) Patología de poca frecuencia, o que se presenta como rareza por ejemplo: el

hallazgo de un ascaris aberrante en el conducto de Wirsung que produjo una pancreatitis hemorrágica, en una paciente con enfermedad hipertensiva crónica y embarazo.

b) La urgencia que significa el ingreso de una paciente moribunda, lo cual obliga a encausar el esfuerzo médico hacia: mantenerla viva, aliviar sus síntomas urgentes objetivos y cuando el estado de la paciente lo permite investigar la causa patológica. En algunos casos de pacientes cuya hospitalización fue menor de 2 horas, se siguió esta conducta, basando el tratamiento exclusivamente en la impresión clínica de ingreso.

c) El margen de error motivado entre otras cosas por la deficiente o falsa información que en ocasiones suministran las pacientes acerca de su historia clínica.

Otros errores diagnósticos por el contrario, al establecerse en base a ellos la conducta terapéutica, esta resulta más bien paliativa, e indirectamente coadyuva en la responsabilidad hospitalaria de la muerte de algunas madres.

d) *RESPONSABILIDAD HOSPITALARIA:*

Lamentablemente hubo 14 casos en los cuales no puede eximirse al Hospital de una responsabilidad parcial en el deceso de las pacientes.

Queremos dejar constancia de lo difícil que resulta hacer un juicio ecuánime, pero al mismo tiempo, en un afán de perfección, no podemos aceptar como razonable una omisión o un accidente humano, como factor predisponente de la muerte. Desgraciadamente, algunas dificultades ambientales nos obligan en muchos casos a actuar a sabiendas del riesgo grave que ello puede representar, por ejemplo, al bajísimo control prenatal de las pacientes que se hospitalizan, su obligada permanencia mínima por la falta de espacio en el encamamiento, en algunas ocasiones lo limitado del material y equipo que puede obtener dado a la pobreza económica de la institución, repercuten en menor o mayor grado en la eficiencia de la terapéutica, en el adecuado estudio de algunos casos, en la libertad de mantener hospitali-

zada por tiempo largo a una paciente a fin de descartar complicaciones tardías etc. etc.

En un afán drástico de auto-crítica, asumimos como nuestras las deficiencias que se presentaron y con amplitud enorme de criterio, clasificamos como error el fatal suceso de un accidente. Analizamos pues el rubro de Responsabilidad Hospitalaria en la siguiente forma:

Muertes por tratamiento incompleto	1
Muertes por accidente operatoria	4
Muertes por error diagnóstico	9
Total	14

IV *CONSIDERACIONES SOCIALES*

El estudio anterior ha englobado por decirlo así los hallazgos que se leen en los registros clínicos de las pacientes que a lo largo de seis años fallecieron en el departamento de maternidad del Hospital Roosevelt, pero ha quedado un capítulo sin escribirse, y que podría resumirse diciendo: ¿qué era de esas cien pacientes antes de morir? ¿y qué consecuencias tuvo su muerte?.

Por ello nos vemos en la necesidad de crear este capítulo más bien social que estadístico o crítico, en el cual probablemente se toquen temas que a la postre son de importancia para el desenvolvimiento familiar y trascendencia en el bienestar de las pacientes, lo que constituye un factor de consideración para el éxito de la función hospitalaria.

En efecto, se tropieza en principio con una dificultad enorme, las pacientes acuden poco a su control de embarazo, y muchas veces, llegan tarde al hospital; ello refleja básicamente una deficiencia educacional, la cual si bien es cierto, en parte debe ejercerla la Maternidad como centro asistencial; su esencia es más delicada; nace de la cuna, se desarrolla en el ambiente y fallece en la ignorancia que muchas veces a la postre, es la responsable de muchos decesos. Una y otra vez nos preguntamos qué pasa con nuestras familias, tanto de la clase media como las de pocos recursos

económicos; y casi siempre la respuesta es el eterno círculo vicioso: No hay solidez familiar, socialmente aún se gravita en la fase casi cercana al matriarcado, no hay aporte económico suficiente y nuevamente sobre la mujer de la casa, se recarga el trabajo, la fatiga y el soporte de la familia. Falta la estructura moral sólida, no existe la planificación de la familia y por consiguiente el matrimonio y el hogar, se resumen en una humana convivencia que muchas veces se sujeta más a la conveniencia personal sobre todo del varón, que es la estructura básica del pilar de la sociedad como lo es la Familia.

Contemplado así el panorama, el resultado es desastroso, hay una carencia casi completa de bienestar y tras de sí se muere todo aquello que pueda llamarse inquietud y con ella se inicia el estancamiento, problema básico para el progreso.

Producto directo de esta convivencia es la frecuencia con que las madres, muchas veces antes de llegar a serlo, se ven tristemente abandonadas, y con ello su situación es aún más grave: además de soportar el trabajo físico y el dolor moral, en sin número de ocasiones para proporcionarse su sustento, dejan su fruto al cuidado de segunda persona, con lo cual inician la carrera en el nuevo círculo de la carencia de hogar; los niños crecen sin ejemplo, no encuentran soporte paterno, ni el maternal cuidado, se desarrollan como autodidactas, con recuerdos de soledad y no aspiran en su futuro, mejorar el estrato familiar, ya que lejos de haber saboreado el calor del techo y el amparo del hogar, han vivido con el ejemplo del medio que los arrastra al libertinaje, los expone a los vicios y los aleja de la educación básica del hombre-social.

Cuántas otras circunstancias median como lacra en el desenvolvimiento social; se recorren prácticamente todos los aspectos: prostitución, multiplicidad de hijos de diversos padres, el ejemplo nocivo del esposo alcohólico que martiriza por una parte a la madre y por otra maltrata a la prole, además de privarles lo necesario para su sustento; la promiscuidad, y hasta los crímenes pasionales en fin, el

hambre, cae sobre la familia, debilita su estructura moral y acaba con la salud y la defensa física de sus formadores, y en el caso particular de la madre, ejerce una huella perenne que en conjunto con la multiplicidad de sus embarazos, su trabajo físico violento, la incomodidad de su vivienda y la escasez de tiempo en asistir y esperar por horas la asistencia médica, las lleva a una situación predisponente para los problemas durante sus partos. ¿Cuántos de estos cien casos de muerte materna, fueron precisamente víctimas de esa dualidad nociva: ignorancia más hambre? Ambas producto directo de los factores que ya enumeramos y de otros muchos que sería interminable narrar.

¿Y qué pasa a esos huérfanos y con ellos a los entes matriarcales, que con el advenimiento de un nuevo miembro ven perder a la única fuerza de su subsistencia? El pequeño mundo de estos seres se vuelve caos, su existencia es una dura lucha de abandono y miseria que los hace presa de egoísmo y cuantas veces de venganza. Por decirlo así son seres más bien con base antisocial que personas preparadas para una estructura comunal. Vuelve con ello la página de la historia en donde la prédica del amor al prójimo, es más bien una batalla contra la carne.

Pensamos en las madres muertas, y comprendemos el futuro oscuro de sus pequeños. De ahí nos nace la necesidad de educar; tenemos ante nosotros una realidad basta, en donde lo que hace falta es tanto que nos hace dudar del éxito de una empresa; sin embargo sabemos que nuestra función médica no se limita a aliviar o curar la dolencia actual; lo más importante es planificar, y poner en marcha programas de trascendencia que mejoren la situación actual y que cubran aspectos de importancia en la vida humana: Salud, estructuración y planificación familiar; educación socio-moral; protección a la familia, resolviendo el problema de las madres solteras, de las madres abandonadas y de las madres héroes, pilares únicos de su hogar. Promover centros de asistencia para los niños abandonados y de los niños huérfanos; crear centros de educación pre-marital así como de enseñanza para embarazadas y primeras madres.

imbibir de responsabilidad a la juventud, sobre todo a los futuros varones quienes deberían ser el ejemplo y sostén económico de la familia. Proyectar centros adecuados de recreo, fomentar el ahorro, etc. En fin, iniciar un mejoramiento efectivo de la educación de la población para llegar a un bienestar integral de la Familia Guatemalteca.

Este capítulo en realidad es interminable, y en él podría encontrarse la base a un sin número de trabajos; nuestro objetivo, era más bien dejar una constancia de la realidad social en que vivimos, y propugnar a través de algunas recomendaciones, poco de lo mucho que aún hay por hacer.

V RECOMENDACIONES:

1) Iniciar una campaña de educación integral para la niñez guatemalteca.

2) Desarrollar un programa amplio de Divulgación obstétrica para el beneficio de las futuras madres.

3) Crear numerosos centros mínimos de asistencia obstétrica de fácil acceso para las pacientes, los cuales puedan mejorar el índice de atención prenatal, del parto y post-natal; ya que en la actualidad solamente el 10 por ciento de las madres reciben atención profesional en la República.

4) Fundar un centro de investigación social que señale y combata el problema socio-moral y económico actual.

5) Hacer efectivo una "Planificación familiar", acorde a los principios morales, y basada en nuestra realidad socio-ambiental.

6) Incrementar el aumento de centros de Servicio Social, paralelos a las instituciones asistenciales.

7) Elaborar cursillos básicos de enseñanza Obstétrica para-médica, así como impartir ciclos de "refrescamiento" para los médicos que trabajan en áreas rurales.

8) Hacer una campaña efectiva para la promulgación de leyes de protección Familiar.

9) Multiplicar los Hogares temporales así como los orfanatos que cuiden de la niñez abandonada.

10) Apoyar y trabajar en todo programa que tienda al beneficio y protección materno-infantil.

VI CONCLUSIONES:

1.—La incidencia de mortalidad en la Maternidad del Hospital Roosevelt, en 6 años de trabajo ha sido de 1 x 632 ingresos hospitalarios, o sea el 1.58 por mil, dato un tanto elevado, sin embargo, la mortalidad "corregida" es de 1 x 705, que corresponde a 1.42 por mil.

2.—La mayoría de pacientes fallecidas eran jóvenes, encontrando la mayor incidencia en las edades comprendidas entre 20 y 30 años.

3.—La mortalidad materna estuvo ligada a los extremos de paridad y gestacionalidad, encontrando mayor número de fallecimientos, entre las pacientes de mucha o de poca o nula paridad.

4.—El 59% de las pacientes estudiadas provenían de áreas urbanas, y el 41% de áreas rurales.

5.—El 84% de las pacientes fallecidas, no asistieron a control prenatal.

6.—El motivo de ingreso en 89% de los casos, fue además del embarazo, una complicación médica, quirúrgica u obstétrica.

7.—El tiempo de Hospitalización varió desde 5 minutos hasta 34 días, con un promedio de 5 días.

8.—11 Pacientes estuvieron hospitalizadas un tiempo menor de 2 horas, por lo que pueden considerarse muertes no hospitalarias.

9.—24 pacientes habían tenido parto fuera de Hospital. Las 76 restantes; 12 murieron sin haberse resuelto su embarazo y 34 tuvieron partos distócicos, los cuales fueron resueltos en el Hospital, lo cual indica que la distocia fue un factor coadyuvante en la mortalidad materna.

10.—Se practicaron 12 Cesáreas post-mortem, de las cuales se extrajeron 4 niños vivos: 2 de ellos egresaron vivos y en buenas condiciones.

- 11.—99% de las pacientes, les fue practicada autopsia, lo cual es un dato de mucha satisfacción.
- 12.—La causa de muerte en 54% de las pacientes, fue puramente obstétrica, siendo las más frecuentes: Anemia Aguda por hemorragia uterina, Eclampsia y Ruptura uterina. El 30% fallecieron de complicación médica, siendo la más frecuente Insuficiencia cardíaca.
- 13.—La comparación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico patológico, dió un porcentaje de error diagnóstico de 16.
- 14.—En 14 casos puede señalarse que hubo responsabilidad hospitalaria.
- 15.—Se hacen algunas "consideraciones sociales".
- 16.—Nos permitimos hacer "sugerencias", para disminuir la mortalidad materna.