

1971

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

C-2



**MORTALIDAD MATERNA EN EL
HOSPITAL ROOSEVELT**

(Revisión de 9 Años)

WINSTON ROLANDO MOLINA GONZALEZ

1971

PLAN DE TESIS

I INTRODUCCION

II MATERIAL Y METODOS

III ANALISIS DE LOS CASOS

A - NUMERO TOTAL

B - NUMERO DE CASOS POR AÑO

C - INCIDENCIA POR AÑO Y TOTAL

D - COMPARACION CON DATOS DE TESIS ANTERIOR

E - DATOS GENERALES

F - HISTORIA Y EVOLUCION

IV FALLECIMIENTO

A - GENERALIDADES

B - HORA DE FALLECIMIENTO

*C - EPOCA DE LA CONDICION OBSTETRICA EN QUE
OCURRIO*

D - ETIOLOGIA DEL FALLECIMIENTO

E - AUTOPSIA

V ERRORES DIAGNOSTICOS

VI ACCIDENTES DE TRATAMIENTO

VII ERRORES DE MANEJO

VIII CONCLUSIONES

IX RECOMENDACIONES

X BIBLIOGRAFIA

I - INTRODUCCION

Mortalidad Materna en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, es una revisión cuidadosa de cada uno de los fallecimientos ocurridos en el mismo, desde enero de 1962 a diciembre de 1970. Seleccionar el año 1962 como inicio de esta revisión, tiene como base, el que exista un trabajo similar —la Tesis del Dr. César Corzantes—, que comprende los años transcurridos desde el inicio de labores de dicho Departamento —1955—, al momento de efectuado su estudio —1962—. Por lo que, en cierto modo, es éste, una actualización de un tema ya tratado, que hace posible conocer la evolución que, en cuanto a mortalidad se refiere, ha tenido el Departamento de Maternidad en los últimos 9 años.

Persigo como objetivos, conocer la incidencia de mortalidad actual; conocer sus causas más frecuentes y los posibles factores influyentes en la misma, con el único fin de poder hacer sugerencias que teindan a disminuir dicha mortalidad.

Indudablemente, son numerosos y variados los factores que pueden influir en una defunción y no en todos los casos está a nuestro alcance la solución o prevención de los mismos. Sin embargo, hay algunos que dependen del Servicio Hospitalario y que por lo tanto, será de gran utilidad el mantenerlos presentes. Por tal motivo, hago énfasis en los que he denominado "Errores de Manejo", pues dependiendo éstos de la práctica médica, pueden ser disminuidos en mayor o menor grado. No puedo dejar de mencionar, que posiblemente las causas y factores más importantes, son resultado de las deplorables condiciones socio-económicas y culturales de nuestras pacientes; pero, desafortunadamente, no tiene el médico, como tal, la solución inmediata a los mismos.

Mencionados los objetivos, se comprenderá que esta revisión de casos, no va encaminada a discutir o estudiar procesos patológicos específicos; es más bien, una información de tipo estadístico, en la que todos sus aspectos son vistos de una manera general.

Finalmente, deseo agradecer a los Doctores Humberto Montenegro y Raúl García Salas, su valiosa ayuda al haber revisado y asesorado el presente trabajo de tesis.

II – MATERIAL Y METODOS

Para la realización de este trabajo, se hizo una revisión de las fichas médicas de cada una de las pacientes fallecidas en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, en los últimos 9 años —1962 a 1970 inclusive—.

Cada ficha médica se estudió en forma completa, extrayendo toda la información referente a: Datos Generales, Historia, Evolución y Fallecimiento, para ser tabulado en orden de frecuencia e importancia.

III – ANALISIS DE LOS CASOS

A) NUMERO TOTAL

En los 9 años revisados, se encontró registrados en el Libro de Registros Médicos que anota las defunciones del Departamento de Maternidad, un total de 146 pacientes. De acuerdo al Informe Oficial de la Delegación de Estadística en el Hospital Roosevelt, en los mismos 9 años, hubo un total de 126, 507 ingresos de pacientes al Servicio Interno de dicho Departamento.

De manera que, en el período de tiempo estudiado, a un total de 126,507 pacientes ingresadas, corresponden 146 fallecimientos.

B) NUMERO DE CASOS POR AÑO

A continuación, se enumera la distribución por año, de los 146 casos, relacionándolos con el número de ingresos respectivos:

<i>Año</i>	<i>No. de Pacientes Ingresadas</i>	<i>No. de Pacientes Fallecidas</i>
1962	13,081	15
1963	13,651	15
1964	13,869	17
1965	14,033	13
1966	14,508	13
1967	15,073	14
1968	14,284	21
1969	13,504	19
1970	14,504	19
TOTAL	126,507	146

C) INCIDENCIA POR AÑO Y TOTAL

1962	1 x 872	1.14 o/oo
1963	1 x 910	1.09 o/oo
1964	1 x 815	1.22 o/oo
1965	1 x 1079	0.92 o/oo
1966	1 x 1115	0.89 o/oo
1967	1 x 1076	0.92 o/oo
1968	1 x 680	1.47 o/oo
1969	1 x 710	1.40 o/oo
1970	1 x 763	1.31 o/oo
1962-70	1 x 866	1.15 o/oo

D) COMPARACION CON DATOS DE TESIS ANTERIOR

En el estudio realizado por el Dr. César Corzantes, la incidencia total es de: 1 x 632, equivalente a 1.58 o/oo; pero hace una corrección, en la cual, restando el número de pacientes fallecidas que tuvieron un tiempo de hospitalización menor de 2 horas, la incidencia disminuye a: 1 x 705, equivalente a 1.42 o/oo.

Tal corrección la hace, tomando en cuenta que el tiempo de hospitalización fue tan mínimo, que no deberían considerarse pacientes hospitalizadas.

Para fines comparativos, hacemos el mismo tipo de corrección, basados en igual criterio, con lo cual excluimos 10 pacientes fallecidas en un tiempo de hospitalización menor de 2 horas:

<u>Tesis</u>		<u>Corregido</u>
1955-62 (Dr. Corzantes)	1 x 632 = 1.58 o/oo	1 x 705 = 1.42 o/oo
1962-70	1 x 866 = 1.15 o/oo	1 x 930 = 1.07 o/oo

Comparando los datos anteriores, la incidencia ha disminuido en 0.35 por mil en los últimos 9 años.

E) DATOS GENERALES

1) *Edad*: En el cuadro siguiente, se clasifica a las pacientes de acuerdo a la edad en años, al momento de fallecer.

<u>Edad Años</u>	<u>No. de Pacientes</u>
15 — 20	18
21 — 25	32
26 — 30	36
31 — 35	40
36 — 40	8
41 — 45	7
Desconocida	5
Total	146

Como puede observarse, las pacientes comprendidas entre los 21 y 35 años de edad, hacen un número de 108, correspondiente al 76.5 o/o del total. Llama la atención, que a mayor edad, corresponde un mayor número de casos, hasta llegar a los 36 años en adelante, en que declina bruscamente. Podría explicarse la razón del descenso en el número de casos, sugiriendo que

posiblemente por razones fisiológicas, a partir de esa edad, disminuye el número de pacientes de tipo obstétrico. Sin embargo, lo anterior es únicamente especulativo, pues no contamos con otros puntos de referencia necesarios para hacer una afirmación objetiva.

La menor edad encontrada fue de 17 años y la mayor, de 45; de ambas un caso únicamente.

2) *Estado Civil*: La clasificación de pacientes, atendiendo a su estado civil, nos da una información que en un grado no determinado en este trabajo, se aleja de la realidad. La razón es la siguiente: En el Servicio de Admisión, en donde se hace el "Registro Médico" de las pacientes, éstas son catalogadas como persona "casada", únicamente si se demuestra a través de su Cédula de Vecindad u otro documento igualmente fiel; si no es así, es clasificada como "unida", aunque afirme ser casada. Hecha la aclaración anterior, se exponen los resultados.

<u>Estado Civil</u>	<u>Número</u>	<u>Porcentaje</u>
Unidas	86	61.8
Solteras	32	23.0
Casadas	21	15.1
No establecido	7	

3) *Lugar de Procedencia*: Se dividió el lugar de procedencia, en Urbana o Rural, según residieran en esta capital o fuera de la misma.

<i>Resultados:</i>	Urbana	64 o/o
	Rural	36 o/o

A pesar de que, la mayoría de pacientes que asisten al Departamento de Maternidad, son residentes de esta capital, es bastante significativo el número de pacientes fallecidas de procedencia rural. Ello hace pensar, que la mayor parte de estas pacientes, buscan la asistencia hospitalaria, cuando tienen algún problema asociado a su condición obstétrica.

4) *Prenatal*: De las 146 pacientes, únicamente 20 habían recibido atención prenatal. De éstas, dicha atención la

recibieron 17 en el Hospital Roosevelt y 3 en Dispensarios Públicos.

Expresado en porcentaje, los 20 casos equivalen al 13.7 del total.

Atendiendo al número de consultas prenatales a que asistieron al Hospital Roosevelt, se agrupan de la manera siguiente:

Una Consulta	5 pacientes
Dos Consultas	7 pacientes
Tres Consultas	4 pacientes
Más de tres	1 paciente
Total	17 pacientes

Desafortunadamente, desconozco el porcentaje de pacientes no fallecidas y que recibieron atención prenatal, para poder obtener conclusiones definitivas. Sin embargo, es indudable que este tipo de atención, es de valiosa ayuda para prevenir e inclusive tratar, afecciones que en muchos casos son causa o predisposición de muerte.

Reconociendo, sin ninguna duda, la importancia de la atención prenatal, me atrevo a decir, que es de esperar que la mayoría de pacientes fallecidas no la hubieran recibido.

5) *Lugar de Referencia:* Aunque no tenga mayor importancia, se menciona los casos de pacientes que consultaron previamente otro centro asistencial y que fueron referidas del mismo al Hospital Roosevelt: Dos pacientes fueron referidas de Centros de Salud Departamentales; ambas por presentar complicación obstétrica. Una, referida por médico particular y por último, hay dos casos de pacientes que fueron trasladadas de otro Centro Hospitalario de esta capital, en graves condiciones, falleciendo las mismas, en las primeras 8 horas de ingresadas.

F) HISTORIA Y EVOLUCION

1) *Gestación:* Clasificación de pacientes de acuerdo al número de gestación, al momento de ingresar al Hospital.

<i>No. Gestas</i>	<i>No. Pacientes</i>
1	30
2	14
3	15
4	14
5	12
6	9
7	13
8	10
9	7
10	2
11 y más	11
No identificado	9
Total	146

Llama la atención, que el mayor número de pacientes atendiendo a la gestación eran primigestas; sin embargo, desconocemos la relación que guarda el número de pacientes primigestas, con el de multigestas que en general son atendidas en la Maternidad.

2) *Condiciones Generales de Ingreso:* Tratando esta revisión, el problema de la mortalidad intrahospitalaria, tiene mucha importancia el considerar el estado general de la paciente al ingresar al Hospital, pues es una condición que ya de por sí, dice mucho respecto del pronóstico. Para ello, se estudió detenidamente los datos de Historia y examen físico de ingreso; las medidas terapéuticas tomadas y la descripción médica de la evolución inmediata de cada caso. De esa manera, se encuentra un número de 62 pacientes que pueden catalogarse en "graves condiciones generales" al llegar al Hospital. Puede reafirmarse lo anterior, mencionando que de éstas, 48 fallecieron en las primeras 24 horas de hospitalización.

Es una realidad de lamentar, el que en general, las pacientes de nuestro medio, buscan la asistencia médica cuando el problema de salud ha llegado a su máximo. Es de lamentar, porque en muchos casos, la condición patológica primaria no es de pronóstico grave, si es tratada a tiempo.

3) *Consultas a Otros Departamentos del Hospital:* Durante el manejo médico de las pacientes, se hicieron 16 consultas a otros Departamentos del Hospital. 13 de ellas al Depto., de Medicina y 3 al de Cirugía. En todos estos casos, se efectuaron procedimientos diagnósticos y terapéuticos en común acuerdo entre los médicos tratantes y los consultados.

4) *Tiempo de Hospitalización:*

<i>Tiempo</i>	<i>No. Casos</i>
0 — 12 horas	45
12 — 24 horas	29
1 — 5 días	33
6 — 10 días	13
11 — 15 días	8
16 — 20 días	1
21 — 25 días	2
26 — 30 días	1
1 — 2 meses	3
4 meses	1
No determinado	10
Total	146

Es evidente que el tiempo de hospitalización fue muy corto en la mayoría de los casos, pues un poco más del 50 o/o, fallecieron en las primeras 24 horas; alcanza el 73.2 o/o, porcentaje muy significativo, en los primeros 5 días.

Lo anterior nos hace pensar, por un lado, en el estado ya de por sí grave en que ingresan muchas pacientes; y por otro lado, que con frecuencia el proceso causante de la defunción, será de instalación y de evolución rápida.

IV — FALLECIMIENTO

A) GENERALIDADES

En esta parte del trabajo, se analizan los aspectos más importantes relacionados con el fallecimiento propiamente dicho. Cada caso fue estudiado minuciosamente, investigando: la hora de fallecimiento —cuya importancia se verá más adelante—; la época, respecto de la condición obstétrica, en que ocurrió y la causa patológica del mismo.

B) HORA DE FALLECIMIENTO

	<i>o/o Pacientes</i>
7:30 — 16:00 horas	26.8
16:00 — 24:00 horas	38.6
0 — 7:30 horas	34.3

Se clasifican los casos con este horario, tomando en cuenta que de las 7:30 horas, a las 16:00 horas, el personal médico se encuentra completo en sus labores. En cambio, de las 16 horas de un día, a las 7:30 del siguiente, al igual que en el resto del Hospital, el Departamento de Maternidad se encuentra con el personal médico reducido a un 25 o/o aproximadamente. Comprende el período de tiempo, durante las 24 horas del día, conocido como de "guardia" o "turno".

Puede verse que el número de defunciones fue mayor durante dicho período, por lo que podría tomarse en cuenta ese aspecto, como un posible factor, de tipo circunstancial hospitalario, que influye en la mortalidad.

C) EPOCA DE LA CONDICION OBSTETRICA EN QUE OCURRIO

1) *Durante el Embarazo:* Comprende todas aquellas pacientes que fallecieron sin que el parto se hubiese llevado a cabo.

Con embarazo a término	33 pacientes
Con embarazo antes del término	21 pacientes
Total	<u>54 pacientes</u>

La causa más frecuente de fallecimiento, fue: Eclampsia, encontrando 15 casos de ésta, equivalente al 27.7 o/o de las 54. 10 pacientes fallecieron como consecuencia de aborto, cuya evolución final fue: el 50 o/o a Shock hemorrágico y el mismo porcentaje a estado septicémico.

Se encontró un caso de Hiperhemesis gravídica, que falleció en shock hipovolémico secundario a la misma.

De manera que, de estas pacientes, el 48.1 o/o fallecieron como consecuencia de complicaciones puras del embarazo: Eclampsia, Aborto e Hiperhemesis gravídica.

El grupo restante falleció por causas diversas, siendo más frecuentes las de tipo infeccioso. Dentro de éstas, tienen mayor importancia, la Tuberculosis y la Meningitis bacteriana.

2) *Intraparto*: Durante el parto, fallecieron 11 pacientes en total. De acuerdo al tipo de parto:

Parto Eutócico	1 caso
Parto Distócico	10 casos

El tipo de parto distócico fue: C.S.T:9 y embriotomías: 1.

<i>Causa Directa del Fallecimiento</i>	<i>No. Casos</i>
Shock hemorrágico	6
Accidente anestésico	2
Edema agudo del pulmón	2
Embolia de líquido amniótico	1

3) *Durante el Post-Parto Inmediato*: En este grupo se incluyó a las pacientes fallecidas durante las primeras 24 horas después del parto. En este período, hubo un total de 40 defunciones, las cuales según el tipo de parto, se subdividen:



Parto Eutócico	24 casos
Parto Distócico	16 casos

El tipo de parto distócico fue: C.S.T:10 casos y aplicación de fórceps: 6 casos.

De los partos eutócicos, 19 fueron efectuados en el Hospital y 6 fuera del mismo.

La causa de muerte más frecuente, fue el Shock hemorrágico: 20 casos, equivalente al 50 o/o de los 40. En segundo lugar de frecuencia, Eclampsia, 5 casos.

4) *Durante el Puerperio*: Durante este período, fallecieron 37 pacientes. En éstas, sobresale la patología infecciosa como causa más frecuente del fallecimiento:

Enfermedades infecciosas	16 casos = 43.2 o/o
Enfermedades diversas	21 casos

De las causas infecciosas, es la Endometritis purulenta la más importante: 10 casos, equivalente al 62.5 o/o. Le siguen en orden de frecuencia: Tuberculosis y Meningitis bacteriana. De las 10 pacientes que fallecieron por Endometritis, 6 tuvieron su parto fuera del Hospital.

D) ETIOLOGIA DEL FALLECIMIENTO

A continuación se exponen las causas de fallecimiento, tratando de hacerlo de la manera más simplificada y general. Para ello, se revisó en cada caso, la evolución médica, el diagnóstico clínico y el estudio anatomopatológico. Debo aclarar que, en la mayoría de pacientes existía otra u otras afecciones secundarias, pero como no se trata de analizar un caso en especial y para facilidad de exposición, únicamente se menciona el diagnóstico definitivo principal que causó el fallecimiento. La agrupación de éstos, se basó en la frecuencia y tipo de lesión patológica, sin seguir ningún patrón o esquema especial de clasificación.

1) *Obstétricas*

a) Eclampsia	20
b) Ruptura Uterina - Shock hemorrágico	15
c) Aborto — Estado septicémico	5
d) Aborto - Shock hemorrágico	3
e) Endometritis - Septicemia	14
f) Placenta Previa Sangrante - Shock hem.	5
g) Retención de Restos Placentarios	4
h) Hemorragia operatoria durante C.S.T.	4
i) Desprendimiento prematuro de placenta	3
j) Embolia de Líquido amniótico	3
k) Amnioititis - Estado septicémico	2
l) Hiperhemesis gravídica - Shock hipovolem	1
SUB-TOTAL	79

Observaciones:

1) Hubo en realidad, 10 casos de aborto como se mencionó antes, pero 2 de ellos quedaron agrupados dentro de las rupturas uterinas, de las cuales se hablará posteriormente.

2) Hubo hipofibrinogenemia: En 2 de los casos de placenta previa; en un caso de hemorragia operatoria y en uno de desprendimiento prematuro de placenta, 4 casos en total.

3) Los casos de hemorragia operatoria, se refieren a pacientes que no estaban sangrando anteriormente a la intervención y que su estado de salud era aparentemente sano.

Las causas de la hemorragia fueron: un caso de hipofibrinogenemia; otro de atonía uterina; otro de várices uterinas sangrantes y por último, un caso de arteria sangrante no ligada durante el acto operatorio. Las 4 pacientes evolucionaron a estado de Shock hemorrágico irreversible.

4) Como puede verse, el estado de Shock Hemorrágico, fue causa bastante frecuente de fallecimiento: 34 casos, equivalente al 24 o/o del total de pacientes.

Sus Causas:

Ruptura Uterina	15 casos
Placenta previa sangrante	5 casos
Retención de restos placentarios	4 casos
Hemorragia operatoria	4 casos
Desprendimiento Prematuro de Placenta	3 casos
Aborto Incompleto	3 casos
TOTAL	34 casos

Por su importancia, los casos de Ruptura Uterina, se clasifican atendiendo a las causas de la misma:

Ruptura Uterina:

Por aplicación de Forceps	7
Durante el trabajo de parto	2
Por parto autócico violento	2
Por Legrado Instrumental	2
Por Versión y Gran Extracción Pelviana	1
Por extracción manual de placenta	1
TOTAL	15

En 7 de los casos se efectuó Histerectomía y en 6, se hizo sutura de la ruptura.

2) *Médicas*a) *Infeciosas:*

a-1) Tuberculosis	7
a-2) Meningitis bacteriana	5
a-3) Hepatitis infecciosa — Coma hepático	3
a-4) Bronconeumonía	3
a-5) Pielonefritis severa	2
a-6) Coccidioidomycosis - Peritonitis	1
a-7) Gastroenterocolitis aguda — Hipovolemia	1
SUB — TOTAL	22

b) *Cardiovasculares:*

b-1) Valvulopatía — Insuficiencia Cardíaca	8
b-2) Hipoplasia de Aorta — Comunicación Interventricular — Persistencia Conducto arterioso — Insuf. Cardíaca	1
b-3) Endocarditis bacteriana	2
b-4) Miocarditis	1
b-5) Infarto del Miocardio	1
SUB-TOTAL	13

c) *Tromboembólicas:*

c-1) Tromboembolia Pulmonar múltiple	2
c-2) Trombosis del Seno Longitudinal Superior ...	1
SUB-TOTAL	3

d) *Anaplásicas:*

d-1) Cáncer del Cérvix (grado III y II)	2
d-2) Melanoma Maligno	1
d-3) Astrocitoma de Lóbulo Temporal	1
d-4) Adenocarcinoma del Páncreas	1
SUB-TOTAL	5

e) *Hematológicas:*

e-1) Anemia Aplástica	1
e-2) Leucemia Linfoide	1
SUB-TOTAL	2

f) *Diversas:*

f-1) Obstrucción de vías respiratorias por vómito durante el período de recuperación de anestesia	3
f-2) Accidente anestésico	2
f-3) Atrofia Amarilla aguda del Hígado	2
f-4) Reacción transfusional — Anafilaxia	1
f-5) Arterioesclerosis idiopática primaria pulmonar.	1
f-6) Cisticercoma del IV Ventrículo	1
SUB-TOTAL	11

3) *Quirúrgicas*

a) Ligadura accidental de ambos uréteres — Uremia ..	2
b) Úlcera duodenal sangrante — Shock hipovolémico ..	1
c) Politraumatismo severo (Médico Legal)	1
d) Traumatismo de hipogastrio (Médico Legal)	1
SUB-TOTAL	5

4) *No Determinado*

a) Registros Médicos no localizados	4
b) Pacientes fallecidas en Servicio de Admisión pocos minutos después de llegar al Hospital (Médico Legal).	2
SUB-TOTAL	6

TOTAL.....146

E) *AUTOPSIA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT*

De los 142 casos investigados, tuvieron estudio de Autopsia en el Hospital, 122 pacientes, equivalentes al 85.9 o/o del total.

Los 20 casos en que no fué hecha Autopsia, se distribuyeron así:

Médico legal	8 casos
Solicitada pero no efectuada	9 casos
No solicitada	3 casos

Las autopsias solicitadas, pero no realizadas, fueron justificadas: 6 por limitación de personal en el Departamento de Patología y 3 por oposición de los familiares de las pacientes.

V – ERRORES DIAGNOSTICOS

Esta parte del trabajo, se refiere a todos aquellos casos que fueron considerados y tratados bajo un diagnóstico, aún en el momento de fallecer, y que el estudio anatomopatológico demostró que era equivocado. Unicamente se mencionan los diagnósticos principales de cada caso.

<i>Diagnóstico Presuntivo</i>	<i>Diagnóstico Definitivo</i>
1) ¿Ruptura Uterina post parto? Shock hipovolémico secundario.	Diarrea — Shock hipovolémico — TBC intestinal, pulmonar y ganglionar.
2) Glomerulonefritis aguda	Coccidioidomicosis — Peritonitis
3) Embarazo de 34 semanas — Hipertensión arterial	Embarazo de 34 semanas — Eclampsia.
4) ¿Embolia de Líquido Amniótico?	Valvulopatía Reumática — Insuficiencia Cardíaca.
5) Gastroenterocolitis aguda — Deshidratación secundaria.	Endometritis aguda — Nefrosis de Nefrona baja.
6) Accidente cerebrovascular.	Cisticercoma del IV Ventrículo.
7) Gastroenterocolitis aguda — Anemia Severa.	Úlcera Duodenal sangrante — Shock hipovolémico secundario.
8) Pre-eclámpsia.	IDEM Neumonía lobar. Bronconeumonía.
9) Bronconeumonía.	Endocarditis Bacteriana.
10) Bronconeumonía — Deshidratación.	Endocarditis bacteriana.

11) ¿Absceso Cerebral?	Trombosis del Seno Longitudinal Superior.
12) ¿Neumonía Lobar?	Tromboembolia bilateral múltiple pulmonar.
13) ¿Úlcera Péptica sangrante?	TBC Pulmonar activa.
14) ¿TBC Pulmonar?	Endometritis purulenta — Peritonitis
15) Hiperhemsis gravítica	Astrocitoma lóbulo temporal derecho.
16) ¿Insuficiencia Cardíaca — Estenosis de la Aorta?	Insuf. Cardíaca — Hipoplasia Aorta — C.I.V. y P.C.A.

VI – ACCIDENTES DE TRATAMIENTO

A continuación, se agrupan los casos en que lamentablemente, la causa que condujo a la muerte de la paciente, fue algún procedimiento de tratamiento y que pueden ser considerados como accidentales. Todos los casos fueron ya mencionados bajo otro punto de vista.

<i>Accidente:</i>	<i>No.</i>
Ruptura Uterina por Forceps	7
Ruptura Uterina por Legrado instrumental	2
Ruptura Uterina durante Versión y Gran Extracción	1
Ruptura Uterina durante extracción manual de Placenta	1
Ligadura accidental de ambos uréteres durante Histerectomía	2
Accidente Anestésico	2
Reacción Transfusión	1
TOTAL	16

VII – ERRORES DE MANEJO

Sin ninguna otra idea, más que la de cumplir con los objetivos de la Tesis: encontrar los posibles factores que influyeron en la mortalidad estudiada, se señalan aquellos casos en que hubo algún error, falla o descuido, que desgraciadamente limitó la oportunidad de resolver favorablemente el problema de salud.

Para ser objetivo y con la intención de que esta información sea instructiva, principalmente para quienes iniciamos nuestra labor médica, se hace un resumen clínico de cada caso, 8 en total.

Caso 1: 29 años. G:4; P3; Ab:0. Control prenatal en el Hospital Roosevelt; último control, 27 días antes.

Paciente tiene su parto, eutócico simple, en el Hospital. 24 horas post-parto, en nota médica se refiere que la Pte., ha tenido 8 evacuaciones diarreicas, grandes, con abundante sangre; una de éstas, vista por el médico, quien opina que posiblemente la sangre es de origen vaginal. El examen físico que efectúa, consiste en T: 38°C. Pulso: 120X'. *Unicamente*. Deja indicado: Antidiarreico y Coprocultivo.

8 horas más tarde, es evaluada nuevamente, anotando el médico que la paciente se encuentra *deshidratada, con mucosas pálidas y abdomen blando*. Deja ordenado: "Continuar con *antidiarreico*". 5 horas después: Pte., en Shock grave, aún con abdomen blando, iniciándose el tratamiento de Shock. 4 horas después de tratamiento, continúa sin mejoría significativa y el abdomen está distendido, sin ruidos intestinales, por lo que se piensa que probablemente tuvo ruptura uterina. Con esta impresión clínica, se hace Laparotomía exploradora, iniciando la intervención con P.A. de o/o. Se encuentran masas y adherencias intestinales. Hacen resección intestinal y anastomosis término-terminal.

Pte., sale de Sala de Operaciones con P.A. de o/o, falleciendo 6 horas después.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: 1) Enterocolitis aguda. 2) Shock hipovolémico secundario. 3) TBC intestinal, ganglionar y Pulmonar.

Caso 2: 36 años. G: 11; P: 8; AB: 2. Sin control prenatal.

Paciente ingresa con embarazo a término, por presentar ruptura prematura de membranas. En vista de no iniciar trabajo de parto, al 3er día de ingresada se efectúa Inducción, la cual es fallida. Al día siguiente, inicia T. de P. espontáneo, por lo que el médico que la evalúa, la traslada de su Servicio, a Sala de "Labor y Partos", a las 9 horas y 20 minutos, con orden de *presentar a Residente y Jefe de la Sala*. La pte. no es evaluada y 1 hora más tarde, tiene su parto *en camilla, sin ser asistida*. Inmediato al parto, inicia hemorragia vaginal abundante y entra en estado de Shock hipovolémico. Se hace Laparotomía exploradora, encontrando ruptura uterina, ante lo cual se efectúa histerectomía.

Fallece 45 minutos después de la intervención, en shock hipovolémico.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: 1) Post-parto inmediato. 2) Ruptura Uterina. 3) Shock hipovolémico secundario.

Caso 3: 44 años. G: 8; P: 7; Ab: 0. Sin control prenatal.

Ingresa a las 14 horas, con embarazo a término y trabajo de parto. A las 15 horas del mismo día es evaluada nuevamente, encontrando que el feto es grande, sin foco y en presentación podálica y al romper membranas artificialmente, se obtienen 4 litros de líquido amniótico. Se hace el comentario de que, posiblemente están ante una anomalía congénita y que *se vigilará estrechamente el trabajo de parto*.

Es reevaluada por *última vez* a las 20:20' del mismo día y aparentemente no había variación.

Una hora más tarde, se encuentra a la paciente en estado de Shock. Se hace versión y gran extracción pelviana, descubriéndose entonces, ruptura uterina extensa. Se efectúa histerectomía. Fallece en post-operatorio inmediato, sin haberse recuperado del estado de shock inicial.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: 1) Ruptura Uterina. 2) Shock Hipovolémico.

Caso 4: 37 años. G: 6; P: 4; Ab: 1. Sin control prenatal.

Ingresar con historia de 2 días de evolución de diarrea abundante y fiebre. Al examen de ingreso: *mal estado general, P.A. de 80/30 y piel y mucosas intensamente pálidas*. Dx. de Ingreso: 1 Embarazo de 30 semanas. 2) Gastroenterocolitis infecciosa. 3) Desnutrición del Adulto. 4) Anemia Severa.

Ordenes específicas de ingreso: Examen de hemoglobina y hematocrito "STAT"; Antidiarréico y 1000 c.c. de D/A 5 o/o i.v., *sin especificar el tiempo en que debía administrarse la solución*.

Es reevaluada 11 horas más tarde y aparentemente el cuadro diarréico ha cedido. La P.A. es de 90/60.

El examen de hemoglobina y hematocrito indicado "STAT" a su ingreso, es visto 20 horas más tarde, con resultado de 2.2 gms. y 8 o/o respectivamente. Se administra transfusión sanguínea de 250 c.c.

2o. día de ingreso: Evaluación médica: "Paciente sin cambio aparente". *No hay descrito examen físico*. Se indica otra transfusión sanguínea.

3er. día de ingreso: *No hay descrito examen físico*. Se indica examen de "Gota gruesa", porque la paciente ha presentado alzas febriles.

4o. día de ingreso: Evaluación médica: "Pte. asintomática". *No hay descrito examen físico*.

5o. día de ingreso: Evaluación médica: "*Paciente aún deshidratada, con mucosas secas y pálidas*". Ordenes Médicas: "*Seguir igual*".

16 horas más tarde, médico de turno la encuentra angustiada, sudorosa, cianótica y disneica, con P.A. de 110/70. En pulmones ausculta sibilancias. Con impresión clínica de Asma Bronquial, indica: sedación, broncodilatador y digitalización.

2 1/2 horas más tarde, se encuentra sumamente excitada, con salida de espuma sanguinolenta por la boca y taquicárdica. Se tiene

entonces, impresión clínica de Edema agudo del pulmón. Se trata como tal, pero fallece 1 hora después.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: 1) Ulcera duodenal crónica sangrante. 2) Shock hipovolémico secundario.

Caso 5: 25 años. G: 3; P: 2; Ab: 0. Sin control prenatal.

Ingresar con historia de 2 días de evolución de presentar náuseas y vómitos incoercibles. Al examen de ingreso: "conciente, ligeramente deshidratada, sumamente pálida, con P.A. de 90/50; boca seca y mucosas sumamente pálidas".

Dx. de ingreso: 1) Embarazo de 31 semanas. 2) Feto vivo. 3) Hiperhemesis gravídica. 4) Anemia severa. 5) Parasitismo. 6) Desnutrición.

Ordenes específicas de ingreso: 1000 c.c. de D/A 5 o/o i.v., con vitamina "C" y Complejo "B", y 1 ampolla de Nauseol, *sin indicar para cuanto tiempo*. "Al terminar la anterior": 1000 c.c. de D/S i.v., *sin indicar para cuanto tiempo*.

11 horas más tarde es reevaluada: "Paciente sumamente pálida, deshidratada". Ordenes médicas: "Después del D/S anterior, poner 500 c.c. de D/A 5 o/o con Vitaminas". *No se indica para cuanto tiempo. No está descrito el resto del examen físico*.

3 horas 20 minutos después: Paciente con deshidratación severa; abdomen distendido, sin ruidos intestinales, haciéndose el comentario que "da la impresión de estar en acidosis". Ordenes médicas: 500 c.c. de Hartman i.v. *sin indicar para cuánto tiempo*. 1/2 hora más tarde se indica: 1000 c.c. de D/A 5 o/o i.v. y 1000 c.c. de Hartman i.v. *No se indica para cuánto tiempo*.

Paciente fallece 1 hora después.

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS: 1) Embarazo de 31 semanas. 2) Hiperhemesis gravídica. 3) Anemia severa. 4) Shock hipovolémico. 5) Bronconeumonía y edema agudo del pulmón.

Caso 6: 30 años. G: 4; P: 3; Ab: 0. Sin control prenatal.

Paciente con trabajo de parto prematuro, correspondiente a embarazo de 35 semanas. Al examen físico de ingreso, se encuentra P.A. de 170/130. Médico la ingresa a Sala de "Labor y Partos", con orden de *presentar a Interno y Residente del Servicio*. 2 horas después de ingresada. *sin haber sido reevaluada aún*, tiene su parto en la cama, *sin asistencia médica*. En ese momento, la P.A. es de 180/130. Se tiene impresión clínica de Preéclampsia, indicándose hipotensor, cuya primera dosis es administrada *2 horas después del parto*.

5 horas post-parto, presenta cuadro convulsivo tónico-clónico, seguido de estado de coma y muerte.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: 1) eclampsia. 2) Hemorragia intracranéana.

Caso 7: 20 años. G: 3; P: 2; Ab: 0. Sin control prenatal.

Historia de 5 días de evolución de hemorragia vaginal abundante. Al exámen de ingreso: malas condiciones generales, sudorosa, fría, con P.A. de 60/50 y hemorragia vaginal.

Dx. de ingreso: Aborto Séptico incompleto.

Ordenes de Ingreso específicas: 1000 c.c. de Hartman i.v. "STAT", *sin indicar para cuánto tiempo*.

1 hora después es reevaluada, encontrándola en malas condiciones con P.A. dd 90/70, moderadamente deshidratada. Se indica 500 c.c. de D/A 5 o/o i.v., a 40 gotas por minuto.

2 horas después, se efectúa Legrado instrumental. No hay descrito examen físico previo, ni después del legrado. Únicamente se dice, que después del mismo, la paciente "queda bien".

2 horas post-legrado, paciente en estado de Shock. Se inicia tratamiento inmediatamente, pero fallece 1 hora después.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: 1) Aborto incompleto. 2) Shock hipovolémico secundario.

Caso 8: 19 años, G; 2. 1 Cesárea anterior. Control prenatal en el Hospital Roosevelt.

Ingresa a Sala de "Labor y Partos", por presentar trabajo de parto prematuro, correspondiente a embarazo de 29 semanas.

Es evaluada por el médico Residente, decidiendo resolver el parto con Forceps profiláctico (Cesárea anterior). Es reevaluado el trabajo de parto, 4 horas después; 45 minutos más tarde (después de última evaluación), tiene parto eutócido atendido por médico, sin haberse colocado el Forceps planeado.

Inmediato al parto, inicia hemorragia vaginal abundante, entrando en estado de Shock hipovolémico. Se comprueba ruptura uterina en la cicatriz de la Cesárea anterior. Se efectúa Laparotomía y sutura de la ruptura, pero no se recupera del shock, falleciendo en el post-operatorio inmediato.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: 1) Ruptura Uterina, 2) Shock hipovolémico secundario.

VIII – CONCLUSIONES

- 1) Durante los 9 años revisados, hubo un total de 126,507 ingresos de pacientes al Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, falleciendo 146 de las mismas; lo cual, da la incidencia de: 1 fallecimiento por cada 930 ingresos; equivalente al 1.07 o/oo.
- 2) Por año, la menor incidencia fue en 1966: 1 fallecimiento por cada 1115 ingresos = 0.89 o/oo, y la mayor en 1968: 1 fallecimiento por cada 680 ingresos = 1.47 o/oo.
- 3) La incidencia de mortalidad en el estudio actual, ha disminuido en grado poco significativo —0.35 o/oo—, y de la encontrada hace 9 años por el Dr. César Corzantes.
- 4) El mayor número de pacientes fallecidas —64 o/o—, eran procedentes de esta capital.

- 5) La edad más frecuente de las pacientes fallecidas, oscila entre 31 y 35 años.
- 6) La falta de Control Prenatal de las pacientes, puede considerarse como un factor que influye en la mortalidad, pues el 86.3 o/o de las mismas, no lo habían recibido.
- 7) Atendiendo al número de gestaciones, las pacientes primigrávidas fueron más frecuentes.
- 8) En general, el tiempo de hospitalización fué muy corto, pues únicamente en las primeras 24 horas del mismo, fallecieron el 50.6 o/o de las pacientes; lo que hace pensar en la gravedad de la afección o complicación y en el mal estado general en que llegan al Hospital.
- 9) Durante el embarazo, las causas más frecuentes de fallecimiento, fueron: La Eclampsia y el Aborto: 55.5 o/o entre ambas.
- 10) Durante el parto y el post-parto inmediato, la causa más frecuente de fallecimiento, fue el Shock hemorrágico: 50.9 o/o.
- 11) Durante el puerperio, las causas más frecuentes de fallecimiento, fueron las afecciones de tipo infeccioso: 43.2 o/o.
- 12) En general, el 55.5 o/o de las pacientes fallecieron como consecuencia de afecciones o complicaciones obstétricas puras.
- 13) El 23.9 o/o del total de pacientes, fallecieron en Shock hemorrágico y la causa más frecuente del mismo, fue la ruptura uterina: 44.1 o/o.
- 14) La causa más frecuente de ruptura uterina, fue la aplicación de forceps: 44.4 o/o.
- 15) En términos generales, los datos del presente trabajo de Tesis, están de acuerdo en que las causas más frecuentes de muerte

materna, son: Hemorragias, Toxemias del embarazo e Infecciones.

- 16) Se nota el aumento de mortalidad durante el período de "turno" o de "guardia", en el cual el personal médico está reducido; lo que debe considerarse como un factor hospitalario de importancia.
- 17) SE ANALIZARON LOS ERRORES DE DIAGNOSTICO, LOS ACCIDENTES DE TRATAMIENTO Y LOS ERRORES DE MANEJO, ENCONTRANDO QUE MUCHAS VECES, EL FACTOR MEDICO-HUMANO, DEBE AGREGARSE AL FACTOR PATOLOGICO EN LA ETIOLOGIA DE LA MORTALIDAD MATERNA.

IX – RECOMENDACIONES

- 1) Efectuar una revisión de mortalidad materna en general, con cierta frecuencia. Por ejemplo, cada 5 años.
- 2) Analizar y discutir ampliamente, cada caso de muerte materna que ocurra, encaminada principalmente a encontrar los factores que influyeron en la misma y que puedan tener solución en casos futuros.
- 3) Difundir por los medios posibles, la existencia e importancia del Control Prenatal de la mujer embarazada.
- 4) Insistir en el examen físico general de las pacientes, dándole la misma importancia que el examen obstétrico.
- 5) Insistir en manejo cuidadoso de la paciente deshidratada.
- 6) Mantener presente que el Shock hemorrágico es la causa más frecuente de fallecimiento materno y que en muchos casos puede ser evitado.
- 7) Propiciar la creación de una Unidad del Banco de Sangre en el

Departamento de Maternidad, siempre bajo control estricto del Banco de Sangre Central.

- 8) Dotar al Servicio de Admisión, del equipo necesario para iniciar en el mismo, las medidas terapéuticas de urgencia que sean necesarias.
- 9) Mejorar el programa de entrenamiento del personal médico de la Maternidad, por medio de conferencias, sesiones científicas, lectura de revistas, etc., pero en forma programada y organizada.

X – BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1- Aguirre, Jorge. Shock. Revista Médica de Valparaíso 23 (4): 232-239. Diciembre 1970.
- 2- Cecil and Loeb. Tratado de medicina interna. Ed. por Beeson y McDermott. 11a. Ed. México, Ed. Interamericana, 1964. pp. 611-613.
- 3- (*)Corzantes, César. Mortalidad materna en el Hospital Roosevelt. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Julio 1962.
- 4- García, Fernando. Mortalidad gineco-obstétrica en el Hospital de Gineco-obstetricia No. 3 del I.M.S.S. Ginecología y Obstetricia de México 28 (170): 653-666. Diciembre 1970
- 5- (*) Guatemala. Archivos del Hospital Roosevelt, 1962-1970.
- 6- Harkins, Henry N. Principios y práctica de cirugía. 2a. Ed. México, Ed. Interamericana, 1965. p. 174.
- 7- Nicholson, J. Eastman. Ed. Obstetricia de Williams. 3a. Ed. México. UTEHA. 1960. pp. 3-13
- 8- Novak, Edmund A. y Georgeanna Seegar Jones. Tratado de ginecología. 7a. Ed. México, Ed. Interamericana, 1966. pp. 537-538.
- 9- Posada, Fernando. Consideraciones sobre cesáreas. Ginecología y Obstetricia de México 28 (166): 179-188. Agosto 1970.
- 10- Roessler, David M. Manual of medical therapeutics. 9a. Ed. Boston, Little, Brown, 1969. pp. 347-352.
- 11- Robbins, Stanley L. Tratado de patología. 2a. Ed. México, Ed. Interamericana, 1962. pp. 926-932.

(*) Citado en el texto.

- 12- Swartz, Donald P. El manejo del aborto. Reportes Médicos 1 (10): 10-15, Octubre 1970.
- 13- Taylor E. Stewart. Ed. Obstetricia de Beck, 8a. Ed. México, Ed. Interamericana, 1968. pp.
- 14- Vokaer, R. Grandes Síndromes en Obstetricia. Barcelona, Ed. Toray-Masson, 1971. pp. 214-228.
- 15- Wechsler, Israel S. Neurología clínica. 9a. Ed. México, Ed. Interamericana, 1965. p. 434.

vVo.Bo.

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria.

Br. W. Rolando Molina G

Dr. Raúl García Salas
Asesor

Dr. Humberto Montenegro
Revisor

Dr. José Quiñonez
Director de la Fase II

Dr. Carlos Bernhard
Secretario

Vo.Bo.

Dr. César A. Vargas
Decano