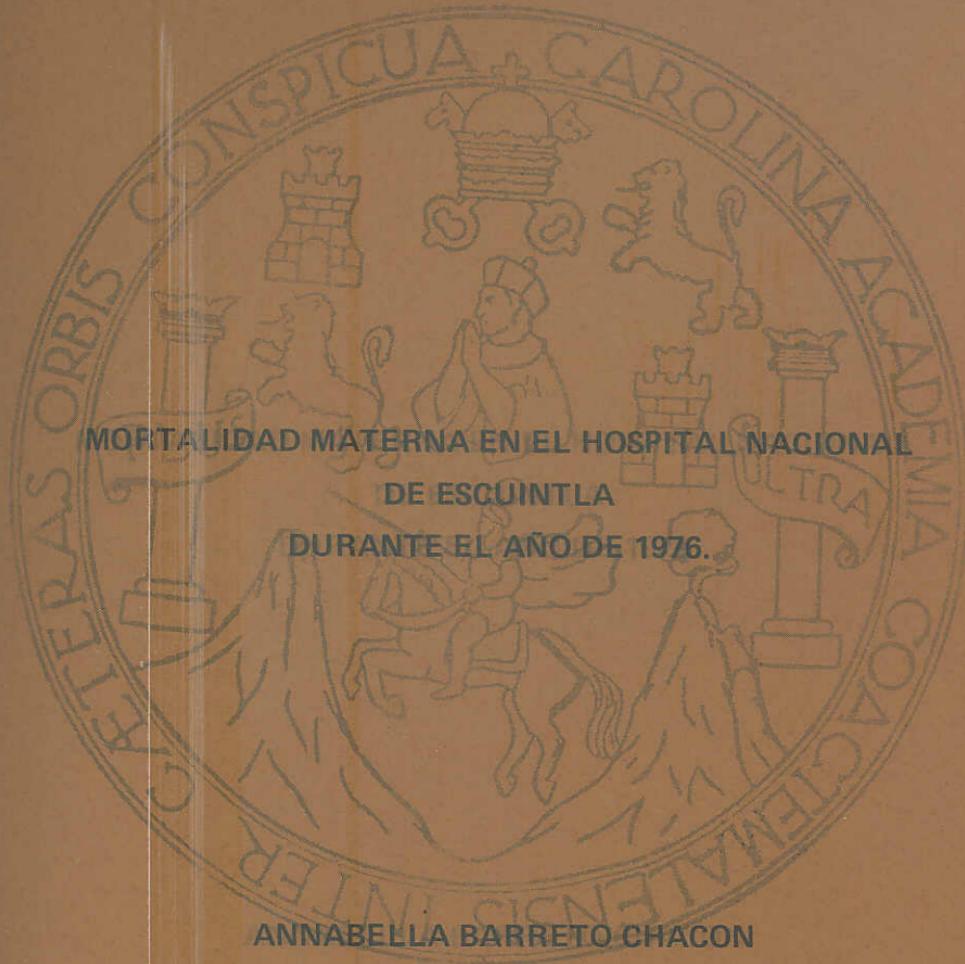


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL NACIONAL
DE ESCUINTLA
DURANTE EL AÑO DE 1976.

ANNABELLA BARRETO CHACON

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1977.

PLAN DE TESIS

- I.— INTRODUCCION.
- II.— OBJETIVOS
- III.— MATERIAL Y METODOS
- IV.— RESULTADO Y COMENTARIOS
- V.— CONCLUSIONES
- VI.— RECOMENDACIONES
- VII.— BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis fue elaborado en el Hospital Nacional de Escuintla. Este centro que fue fundado en el año 1888 cuenta entre otros, de un servicio de maternidad y de complicaciones prenatales como áreas de encamamiento, más no con atención pre y posnatal en consulta externa. De enero a noviembre del año de 1976 el indicado servicio constaba de 16 camas que eran utilizadas tanto para complicaciones de pre y post-parto como para partos y puerperios. Además, en la misma área se asistía labor y partos. Durante todo el tiempo todos los partos eutópicos eran atendidos por las comadronas del servicio, las cuales debían reportar al médico de guardia los problemas que detectaban en la paciente.

A partir de diciembre del mismo año tras el propósito de ampliar su capacidad y mejorar su servicio, la maternidad se dividió en: complicaciones prenatales con 33 camas; y el servicio de maternidad con 30 camas. En este último hay actualmente un cubículo para la atención del parto. Se estableció igualmente, que toda primigesta sea asistida por médico, y de esa cuenta la asistencia de multíparas por las comadronas, no ha tenido problemas.

De enero a diciembre de 1976 se revisaron 1360 papeletas que corresponden al número de ingresos a la maternidad y buscando en los registros de madres fallecidas, se encontró un total de 7 muertes pero ninguna causada por aborto. Durante el curso del año de 1976 hubo un total de 355 muertos de los cuales hubo 7, o sea el 1.90% por letalidad materna.

II. OBJETIVOS

- 1.- Establecer el índice de mortalidad materna en el Hospital Nacional de Escuintla.
- 2.- Determinar las causas de dicha mortalidad.
- 3.- Tratar de establecer los factores hospitalarios que contribuyen al aumento del índice de mortalidad.
- 4.- Establecer el índice de mortalidad materna del hospital nacional de Escuintla en comparación con otros centros hospitalarios.
- 5.- Contribuir a la elaboración de datos estadísticos de nuestro medio, que a pesar de ser importantes, son escasos.

III. MATERIAL Y METODO.

MATERIAL.

- 1.- Libro de ingresos y egresos de la maternidad del hospital nacional de Escuintla.
- 2.- Registros médicos de las pacientes fallecidas.
- 3.- Datos obtenidos en la oficina de estadística del hospital Roosevelt.

METODO.

- 1.- Revisión de los libros de ingresos y egresos de la maternidad del hospital nacional de Escuintla.
- 2.- Obtención y revisión de las historias clínicas para seleccionar las de las madres fallecidas.
- 3.- Revisión de registros médicos de las pacientes fallecidas para obtener los siguientes datos:
 - a) Edad
 - b) Raza
 - c) Estado Civil
 - d) Paridad
 - e) Abortos Previos
 - f) Edad de Embarazo
 - g) Estado de las Membranas
 - h) Antecedentes Obstétricos Quirúrgicos
 - i) Diagnóstico de Ingraso

- k) Tipo de Parto
- l) Transfusiones
- m) Operaciones
- n) Complicaciones
- ñ) Antibióticos Usados
- o) Días de Estancia
- p) Causa de Muerte
- q) Anatomía Patológica

IV. RESULTADO Y COMENTARIOS.

EDAD:

La edad de las pacientes fallecidas osciló entre los 19 a 39 años distribuidos según el siguiente cuadro:

EDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
15 a 19	1	14.2
20 a 24	2	28.6
25 a 29	2	28.6
30 a 34	0	00.0
35 a 39	2	28.6
TOTAL	7	100.0

Este cuadro indica que la edad de muerte materna de mayor frecuencia, estuvo comprendida entre los 20 a 29 años 2 casos (28.6%). Le sigue el grupo comprendido entre los 35 a 39 años 2 casos (28.6%) el grupo menos afectado entre los 15 y 19 años 1 caso (14.2%).

Esto significa que la década de mayor procreación es la más afectada siguiéndole las pacientes de mayor edad, sin embargo ello no concuerda con lo mencionado por algunos autores quienes aseguran que a mayor edad materna mayor mortalidad y encuentran una notoria elevación de la misma a partir de los 29 años, aseverando que por debajo de esta edad, la letalidad es menor (1) y efectivamente el menor índice de mortalidad corresponde a mujeres entre los 20 a 29 años de edad (5).

RAZA:

Se calificó la raza en ladina e indígena por constar así en la

hoja de admisión del hospital. Según esa clasificación la totalidad de las pacientes fallecidas fueron ladinas, pero estimo que ello posiblemente se deba a que la mayor parte de la población de Escuintla es ladina ya que las madres ladinas son las que más frecuentemente acuden a los hospitales y en cambio la indígena acude en su mayoría a las comadronas.

ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	No. CASOS	PORCENTAJE
SOLTERA	1	14.2
UNIDAD	2	28.6
CASADA	4	57.2
TOTAL	7	100.0

En cuanto al estado civil, clasificado en mujer soltera, unida de hecho y casada, se encontró que 4 de las 7 fallecidas eran casadas, 2 eran unidas y 1 soltera, según cuadro anterior.

ABORTOS PREVIOS

No. ABORTOS	No. CASOS	PORCENTAJE
0	5	71.6
1	1	14.2
2	0	---
3	1	14.2
TOTAL	7	100.0

El 28.4% de las pacientes tenían historia de aborto previo; la paciente que más abortos tuvo fueron 3. El 71.6% de las fallecidas no tenían historia de abortos previos.

PARIDAD

Conforme a este se agrupará las pacientes en diferentes grupos según la paridad y tomando como patrón así:

- Nulípara: 0 partos
- Primípara: 1 parto
- Pequeña Multípara: de 2 a 4 partos
- Gran Multípara: de 5 partos en adelante; en este estudio hasta 13 partos que fue lo máximo.

PARIDAD	No. CASOS	PORCENTAJE
NULIPARA	0	00.0
PRIMIPARA	4	57.2
PEQUEÑA MULTIPARA	2	28.6
GRAN MULTIPARA	1	14.2
TOTAL	7	100.0

Como puede observarse, la mayor frecuencia de muerte la tienen las primíparas, 4 casos (57.2%) ; el grupo de pequeña multípara 2 casos (28.6%) y por último la gran multípara en donde solo se encontró 1 caso (14.2%).

Investigadores ingleses y norteamericanos afirman que la primípara corre el mayor peligro y que hay una elevación notable de los casos de muerte en las mujeres con seis o más partos. (2). En este estudio se encontró también a la primípara como el grupo más afectado, sin embargo, el grupo de la pequeña multípara que según consulta bibliográfica anterior debería de ser el menos afectado, ocupa en este estudio el segundo lugar y la gran multípara tiene la menos frecuencia.

EDAD DE EMBARAZO:

SEMANAS	No. CASOS	PORCENTAJE
Menos de 30	0	0
30 – 33	2	28.6
34 – 37	0	
38 – 42	5	71.4
Más de 42	0	0
TOTAL	7	100.0

Tal cuadro demuestra que la mayor parte de las pacientes fallecidas tenían embarazo a término, que sólo dos tenían embarazo prematuro (32 semanas), con 28.6%. De éstas una era primigesta y la otra pequeña multípara.

ESTADO DE LAS MEMBRANAS:

Para mejor comprender el cuadro siguiente se aclara que el estado de las membranas se clasificó según estuvieron rotas o enteras a su ingreso.

MEMBRANAS	No. CASOS	PORCENTAJE
Rotas	3	50.0
Enteras	3	50.0
TOTAL	6	100.0

Conforme a este cuadro se aprecia que la mitad de pacientes ingresó al hospital con las membranas rotas, lo cual podría explicar los casos de infección; y que la otra mitad ingresó con membranas enteras.

En este cuadro se ve también que sólo hay un total de 6 pacientes y no 7 que es el total de madres fallecidas, pero ésto se explica porque uno de los casos ingresó al hospital en post-parto inmediato.

DIAGNOSTICO DE INGRESO.

DIAGNOSTICO ASOCIADO

A SU INGRESO	No. CASOS	PORCENTAJES
TRABAJO DE PARTO	4	26.6
FETO VIVO	5	33.6
FETO MUERTO	1	6.6
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	2	13.7
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y AMNIOITIS	1	6.6
ECLAMPSIA	1	6.6
SHOCK HIPOVOLEMICO	1	6.6
TOTAL	15	100.0o/o

En el cuadro anterior se puede notar que hubo quince diagnósticos asociados al principal. El más frecuente fue el de feto vivo, cinco casos (33.3o/o) y en segundo lugar el de trabajo de parto, cuatro casos (26.6o/o).

Este cuadro ha sido calculado sobre quince casos, ya que varias pacientes presentaron más de dos diagnósticos.

EXAMENES DE LABORATORIO.

En seis de los siete casos (85.7o/o) se practicó examen de Hb y Ht uno o dos días después de su ingreso, en tres pacientes se efectuó uno o dos controles posteriores.

Solo en una paciente (14.2o/o) se efectuaron exámenes adicionales tales como orina, química sanguínea, urocultivo, punción lumbar y rayos X de tórax. Esta última fue la que ingresó con diagnóstico de eclampsia.

Todo ello demuestra que los recursos de laboratorio son escasos en el hospital o bien que fueron poco utilizados.

TIPO DE PARTO.

Se clasificó el tipo de parte en eutócico y distócico encontrándose que tres casos fueron eutósicos y cuatro distócicos, los cuales se resolvieron así:

TIPO DE PARTO	No. CASOS	PORCENTAJE
EUTOCICO	3	42.8
DISTOCICO	4	57.2
TOTAL	7	100.0

Una cesárea corpórea por dos cesáreas anteriores, otra cesarea segmentaria transperitoneal por sufrimiento fetal, otra cesárea segmentaria transperitoneal y primigesta en podálica; la última distocia fue la aplicación de un forceps medio por paro en transversa con feto muerto. Uno de los partos eutócicos fue atendido por comadrona fuera del hospital ingresando a este hospital por puerperio inmediato complicado.

TRANSFUSIONES.

Se usó transfusión sanguínea sólo en dos pacientes (28.5o/o) durante el acto quirúrgico de cesárea segmentaria transperitoneal. En una paciente se transfundieron 1000 cc. de sangre y en la otra paciente 300cc. No se registraron reacciones por transfusión y la indicación

de ambas fue por hemorragia transoperatoria.

OPERACIONES

Entre las pacientes fallecidas se encontró que en cuatro se efectuaron las siguientes intervenciones quirúrgicas:

OPERACION	No. CASOS	PORCENTAJE
CESAREA CORPOREA	1	16.6
LIGADURA DE TROMPAS	1	16.6
CESAREA SEGMENTARIA	2	33.6
FORCEPS MEDIO	1	16.6
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	1	16.6
TOTAL	6	100.0

En una misma paciente se efectuó la cesárea corpórea, la ligadura de trompas y cinco días después la histerectomía abdominal durante cuyo acto falleció.

Hubo intervención quirúrgica en cuatro casos (57.1%) de estas pacientes el 75% fue cirugía mayor abdominal y el tipo de anestesia utilizada en el 100% de los casos fue la anestesia epidural administrada por el propio cirujano.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS QUIRURGICOS:

En este estudio se encontró que de las 7 pacientes fallecidas solo una tenía el antecedente de 2 cesáreas segmentarias pero no aparece registrado en donde fueron efectuadas ni su indicación. El resto de los casos no tenían antecedentes de procedimientos obstétricos quirúrgicos.

COMPLICACIONES PREVIAS AL FALLECIMIENTO

COMPLICACION PREVIA	No. CASOS	PORCENTAJE
Infección Herida Op.	2	25.0
Endometritis	2	25.0
Artritis Séptica	1	12.5
Hipovolemia	2	25.0
Síndrome de coagulación Intravascular	1	12.5
TOTAL	8	100.0

Las complicaciones previas al fallecimiento más frecuentes fueron: infección de herida operatoria (2 casos con 25.0%), endometritis (2 casos, 25%) e hipovolemia (2 casos 25%).

ANTIBIOTICOS USADOS:

El aparecer una complicación séptica se inició tratamiento con antibióticos. El total de las pacientes con proceso séptico es de 5, utilizando en todas, la asociación penicilina cloranfénicol.

DIAS DE ESTANCIA.

El promedio de días estancia fue de 4.5 días. La de mayor tiempo de hospitalización fue de 10 días y la de menor fue de 1 día. Hubo una paciente que sólo estuvo dos horas en el servicio de maternidad.

CAUSA DE MUERTE:

“Muerte materna es la que por cualquier causa ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes”

tes a la terminación de la gestación, independientemente de la duración del embarazo o de su localización. Una muerte obstétrica directa es la resultante de una complicación del mismo embarazo, es decir, de una intervención, de una emisión, o de un tratamiento incorrecto, o de una concatenación de acontecimientos derivados de cualquiera de los anteriores. Una muerte obstétrica indirecta es la resultante de una enfermedad que ya existía antes o que apareció durante el embarazo. Una muerte no obstétrica es la resultante de una causa incidental no relacionada con la gestación (6)".

Partiendo de las revisiones anteriores, se encontró que el 100% de las muertes fueron por causa obstétrica directa, y que en este estudio agruparemos así:

CAUSA DE MUERTE	No. CASOS	PORCENTAJE
Por Infección	3	42.9
Por Hemorragia	2	28.7
Por Toxemia	1	14.2
Por Anestesia	1	14.2
TOTAL	7	100.0

Este cuadro nos indica que el 42.9% de las muertes fue causado por infección (3 casos) lo cual es muy alto si lo relacionamos con el 9% (4), y el 25% (3) que han considerado como promedio algunos autores. Cabe señalar que de los tres casos de muerte por infección, dos fueron por shock séptico secundario a infección de herida operatoria asociado a endometritis. En ambas pacientes se efectuó cirugía obstétrica mayor. El tercer caso fue un síndrome de coagulación intravascular secundaria a amnioítis con feto muerto. Este resultado puede ser indicativo de falta de técnicas de asepsia ya sea en sala de operaciones e instrumental o de parte de los cirujanos y personal paramédico.

El cuadro anterior también indica que el 28.5% (2 casos) de las muertes fue por hemorragia; una por hemorragia en el puerperio inmediato y la otra en el post-operatorio inmediato. Los porcentajes de muerte materna por hemorragia varía según los autores entre el 8% (4) y el 33% (3) lo que coloca a la incidencia encontrada en este estudio en un punto intermedio alto.

Se encontró una muerte por toxemia (eclampsia), lo que representa un 14.2% de las fallecidas, pero el porcentaje es aceptable se lo comparamos con el 23% (4) y el 7% (5) que se advierte en otros países.

Se registró una muerte por anestesia tipo epidural, lo que hace un porcentaje del 14.2% de las muertes, lo cual también es aceptable ya que se han mencionado estadísticas del 6% (4) y el 16% (3).

En general, en este estudio se encontró que las causas de letalidad materna más frecuentes son la infección, la hemorragia y las toxemias que suman el 85.7% de las fallecidas, Williams menciona un promedio de 90% (5) para estas tres causas.

INDICE DE MORTALIDAD MATERNA:

Aclarando que se entiende como índice de mortalidad materna, el número de casos de muerte materna en 1000 niños que hayan nacido vivos, vemos que durante 1976 hubo un total de 1274 nacidos vivos y 7 muertes maternas, o sea un índice de mortalidad materna de 5.5 por 1000 nacidos vivos. Este índice es alto ya que el índice de mortalidad materna durante el mismo año en el Hospital Roosevelt fue de 1.2 por 1000 nacidos vivos (18 muertes maternas en 15,099 nacidos vivos según datos proporcionados por la sección de estadísticas del hospital Roosevelt).

Esta diferencia podría explicarse atendiendo a que en la mater-

pecialistas y por el contrario en el hospital de Escuintla la mayor atención obstétrica es practicada por médicos generales. De allí que algunos centros hospitalarios especializados de otros países el índice de mortalidad sea aun mucho menor y con un índice del 0.6 por mil nacidos vivos (4).

CONCLUSIONES

- 1- Hay mayor letalidad materna en pacientes de 20 a 29 años (57.2o/o)
- 2- El total de madres fallecidas fue de raza ladina (100o/o).
- 3- En las madres fallecidas cuatro casos (57.2o/o) eran primíparas siguiéndole el grupo de pequeña multípara dos casos (28.6o/o).
- 4- De las siete madres muertas solo dos tenían antecedentes de aborto previo (28.4o/o).
- 5- El 71.4o/o de las fallecidas tenían embarazo a término y solo dos con embarazo prematuro, pero que no fue causa precipitante de su deceso.
- 6- En el 50o/o de los casos se encontró ruptura prematura de membranas como concusa de defunción.
- 7- En solo una paciente había antecedentes de cirugía obstétrica mayor.
- 8- En el 71.4o/o de las pacientes se detectó patología desde su ingreso.
- 9- En general hubo poca utilización de el laboratorio y Rx.
- 10- En el 57.2o/o de los casos el parto fue distócico simple.
- 11- En todas las pacientes operadas por causa obstétrica el 100o/o presentó como complicación un proceso séptico.
- 12- En todas las pacientes con proceso infeccioso se utilizó la aso-

ciación penicilina cloranfenicol.

- 13- El 42% de la mortalidad fue secundaria a infección; le sigue la hemorragia con un 28.5%.
- 14- El índice de mortalidad materna fue de 5.5% en 100 nacidos vivos.
- 15- Todas las muertes fueron por causa obstétrica directa.

RECOMENDACIONES

- 1- Hacer una revisión periódica sobre índice de mortalidad materna y análisis de sus causas.
- 2- Implementar el laboratorio, banco de sangre y rayos X para establecer una mayor utilización del mismo.
- 3- Revisar y supervisar periódicamente técnicas de asepsia en central de equipos, personal médico y paramédico, así como en el servicio de maternidad.
- 4- Es necesario una mejor capacitación médica para el manejo de pacientes con problemas obstétricos.
- 5- Es necesario la realización de autopsias para completar cada fallecimiento con diagnóstico de anatomía patológica.

BIBLIOGRAFIA

- Kaser, R.O. et al. Ginecología y Obstetricia. Trad. por José María Carrera Maciá. Barcelona, Salvat, 1972. t.2, p. 1002.
- , Ibid. p. 1003.
- , Ibid. p. 999.
- Merger, Robert. Manual de Obstetricia. 2a. ed. Barcelona, Toray Masson, 1971. p. 758.
- Williams, W. Obstetricia. Trad. por H. Vela Treviño. 3a. ed. México, UTEHA, 1960. p. 8.
- Willson, J.R. et al. Obstetricia y Ginecología. Trad. por José María Carrera Maciá. Barcelona, Salvat, 1974. pp. 3, 4.

Br. Annabella Barreto Chacón

Dr. Fernando Enríquez Villacorta
Asesor

Dr. Mario Efraín Nájera Farfán
Revisor

Dr. Julio de León M.
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero
Secretario