

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MORTALIDAD MATERNA HOSPITAL NACIONAL
HUEHUETENANGO
(Revisión 5 Años)

ERWIN ANIBAL MEJIA GONZALEZ

Guatemala, C. A.

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION**
- II. OBJETIVOS**
- III. HIPOTESIS**
- IV. MATERIAL Y METODOS**

- V. ANALISIS ESTADISTICO DE LOS CASOS**
 - A) Número de Casos por año**
 - B) Datos Generales**
 - C) Historia de los Casos**

- VI. FALLECIMIENTO**
 - Tiempo de Hospitalización**
 - Diagnóstico presuntivo de defunción**
 - Procedimientos Quirúrgicos efectuados**
 - Condición Obstétrica**
 - Necropsias**

- VII. ANALISIS COMPARATIVO**

- VIII. APRECIACIONES PERSONALES**

- IX. CONCLUSIONES**

- X. RECOMENDACIONES**

- XI. BIBLIOGRAFIA.**

INTRODUCCION

Guatemala está viviendo una crisis de carácter eminentemente social que irremisiblemente ha repercutido dramáticamente en todos los órdenes de la vida. Si en tiempos normales las revisiones y evaluaciones de nuestro quehacer médico se hacen imprescindibles, aquella situación nos refuerza el deber imperativo de hacer este tipo de actividades que necesariamente nos conduzcan al mejoramiento de nuestras normas de trabajo, nuestros procedimientos y principalmente el manejo adecuado del paciente hospitalario.

La revisión y evaluación de la asistencia médica que nos proponemos hacer, es una derivación del presente trabajo de tesis y que hemos intitulado "MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO". Y al hablar de Mortalidad materna, desde ya, aunque en forma introductoria, debemos entenderla como: toda defunción que ocurra en una paciente que se encuentre en cualquier período de gestación, durante el parto o el puerperio(40 días pos-parto).

Al inicio del presente trabajo, efectuaremos una breve revisión bibliográfica, en cuanto a las principales causas de mortalidad se refiere; luego abordaremos el aspecto estadístico para, finalmente, efectuar un análisis comparativo con otros hospitales de la república.

Por razones de pensum y principalmente en el campo de la práctica de nuestra carrera, estamos involucrados en una serie de deficiencias ya tradicionales en la mayor parte de los hospitales del país. Estamos conscientes de ellas y nuestra preocupación deseamos traducirla en el contenido de nuestra tesis. Poco es lo que pretendemos. Pero si nuestro trabajo incentiva a las autoridades que tienen relación directa con la problemática asistencial, a los egresados de la Universidad y a los mismos alumnos, nuestros

OBJETIVOS

- 1o. Conocer el índice mortalidad del Departamento de obstetricia del Hospital de Huehuetenango, durante el período comprendido de 1973 a 1977.
- 2o. Evaluación clínica del departamento mencionado del mismo período 1973 - 77.
- 3o. Determinar objetivamente las graves consecuencias de los mal llevados programas de Control Prenatal.
- 4o. Conocer las principales causas de mortalidad del departamento de Obsetricia.

HIPOTESIS

- 1o. El Hospital Nacional de Huehuetenango, pese a sus recursos precarios, mantiene tasas de mortalidad Materna, aceptadas nacionalmente.
- 2o. El mayor porcentaje de fallecidas pertenecen al área rural.
- 3o. Las autoridades de Salud, se preocupan poco o nada por eliminar las causas de mortalidad.
- 4o. Consiguientemente, la mortalidad del departamento de obstetricia del Hospital de Huehuetenango, es más alta que la de los hospitales del país con mejores recursos.

MATERIAL Y METODOS

Recursos humanos:

- Dr. Oscar E. García
- Dr. Homero de León
- Personal del departamento de registros médicos
- Personal del departamento de Obstetricia

Recursos Materiales:

- Departamento de Obstetricia Hospital Nacional Huehuetenango
- Departamento de registro médicos.
- Historias clínicas
- Utiles de escritorio.

METODO

Se efectuará un estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas realizadas durante el período comprendido de 1973 a 1977; se tabularán y procesarán datos encontrados en éstas y finalmente se efectuará un análisis comparativo con otros estudios.

ALGUNOS CONCEPTOS BASICOS

Hemos considerado conveniente exponer algunos conceptos que nos permitirán comprender tanto nuestras hipótesis como los objetivos de nuestro trabajo. Para el efecto consideramos los siguientes:

CHOQUE: Se entiende por choque “a la respuesta del organismo frente a una falla hemodinámica que en un momento dado impide la adecuada perfusión de los tejidos en órganos vitales”, de ahí que algunos autores lo denominen “Síndrome de mala perfusión tisular”. Este síndrome es desencadenado por diferentes agentes y podemos decir que por esta misma razón se desprenden sus diferentes clasificaciones, entre las que tenemos:

- a) Choque Hipovolémico: el cual es producido por hemorragia severa, pérdida de agua y electrolitos o por plasmaferesis.
- b) Choque Cardiogénico: Como resultante de falla cardiaca (infarto al miocardio, embolia pulmonar, miocarditis, pericarditis con taponamiento, arritmias, etc.)
- c) Choque vasogénico: o también llamado séptico, bacteriémico, y se trata de resultante de falla en el sistema tisular; para ser más preciso, a nivel de la membrana, la cual permite el paso de líquido fuera del espacio vascular.

SITUACION TRANSVERSA: También llamada presentación de hombros (de tronco o de espalda). Se dá esta situación cuando el feto coloca su diámetro mayor prependicularmente al diámetro mayor del útero. Su nomenclatura se atiende a: partes fetales el ángulo de la axila y tomará el nombre de ACROMIO; a partes maternas como referencia siempre: ilíaca izquierda e ilíaca derecha. Además se tomará para la variedad de posición el dorso del feto, con lo que se desprende la siguiente nomenclatura:

- AIDDP (acromio iliaca derecha dorso posterior)
- AIIDP (acromio iliaca izquierda dorso posterior).

Esta presentación señala una frecuencia de 1 en 200 partos o sea 0.50o/o. Es conveniente mencionar que esta cifra varía si es considerada durante el embarazo, de ahí que debe destacarse que es más frecuente en múltiparas (60o/o) que en Primíparas (40o/o).

Para que se de esta presentación existen causas maternas y fetales; para el caso el mecanismo del parto es el siguiente:

Después de cierto grado de descenso el hombro queda detenido por los bordes del estrecho superior de la pelvis, con la cabeza en una fosa iliaca y las nalgas en la otra. A medida que evoluciona el parto, el hombro queda firmemente encajado en la parte alta de la pelvis, entonces, en un intento infructuoso de vencer el obstáculo el útero se contrae con energía. Después de cierto tiempo el círculo de estrechez se hace progresivamente más alto y más intenso. A medida que el segmento interior se va distendiendo de manera progresiva, el feto muere y la madre se hace febril, entonces el caso se clasifica en situación transversa abandonada o descuidada. Su tratamiento ha sido variado llegando en la actualidad muy enérgico, por lo que el mismo caso es indicación de cesárea más histerectomía, salvo que el segmento se encuentre bien o, dependiendo el grado de sepsis o evolución del cuadro, se efectuará solamente cesárea.

PLACENTA PREVIA: Se dice del proceso caracterizado anatómicamente por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero y, clínicamente, por hemorragia indolora en la 2a. mitad del embarazo, en variable intensidad. Aunque se escapa el 25 de casos de los que se dice no se manifiestan clínicamente.

Se clasifican en cuatro variedades:

1. Placenta previa lateral: cuando la placenta se inserta en el segmento inferior del útero (1/3 inferior), pero sin llegar al borde del orificio interno del cuello.
2. Placenta previa marginal: cuando el reborde de la placenta alcance el margen del orificio interno del cuello.
3. Placenta previa oclusiva parcial: cuando se inserta ocluyendo parcialmente el orificio cervical.

4. Placenta previa Oclusiva central Total: cuando la placenta se implanta sobre el área cervical obstruyendo el orificio.

ROTURA DEL UTERO: accidente del embarazo más frecuente del parto con grave repercusión sobre la madre y el hijo. Se puede producir en forma espontánea, traumática u operatoria.

1. **ROTURA DEL SEGMENTO INFERIOR:** ocurre habitualmente durante el parto. Puede ser completa, si la solución de continuidad abarca todas las capas uterinas o, incompleta si el peritoneo permanece íntegro sobre el desgarro de las capas musculares. Este desgarro puede ser longitudinal, terminando a nivel del orificio de Bandl, prolongándose hasta el cuerpo o transversales. Sus bordes pueden ser lineales o irregulares, anfractuosos o lisos. El feto puede o no-según la magnitud del desgarro- pasar parcial o totalmente al abdomen; según la magnitud del desgarro también puede afectar áreas cercanas, así como el cuerpo del útero, cúpula vaginal, vejiga, recto o vasos importantes. Se denomina a esto desgarro complicado.

2. **ROTURA DEL CUERPO DEL UTERO:** Casi siempre son completos; el feto y la placenta casi siempre pasan a la cavidad abdominal. En la rotura uterina se reconocen causas determinantes y predisponentes. Entre los primeros tenemos los llamados síndromes de parto obstruido, traumatismos naturales o provocados, los cuales son ordinariamente operatorios y, entre los predisponentes: multiparidad, hipoplasia, malformaciones, cicatrices, procesos inflamatorios.

ABORTO: generalmente se ha aceptado que el aborto es la terminación del embarazo antes de que el producto de este sea viable. No obstante se han creado nuevas acepciones entre las que consideran que es la terminación del embarazo cuando el producto de éste pesa menos de 560 gramos.

El aborto sigue la siguiente evolución:

- 1o. Amenaza de aborto: paciente con signos evidentes de embarazo, con dolor en el hipogastrio y ligera hemorragia vaginal.

- 2o. Aborto en evolución: exacerbación de los síntomas anteriores, solo que físicamente hay dilatación a nivel del orificio interno cervical.
- 3o. Aborto en curso: expulsión de líquido amniótico y partes del huevo.
- 4o. Aborto incompleto: En este caso los restos ovulares no son totalmente expulsados de la cavidad uterina, por lo que el cérvix permanece abierto, con hemorragia profusa y persistente, que puede llevar al choque.

No definimos el ABORTO COMPLETO, porque no creemos que se de en la práctica, ya que se considerará el útero completamente vacío, hasta que se efectúe el tratamiento quirúrgico necesario.

Por otra parte, además de la clasificación anterior, el Aborto también se puede dividir en ESPONTANEO Y PROVOCADO:

El primero es el que se realiza sin que intervengan agentes externos. El segundo es el que se induce premeditadamente y que a su vez puede subdividirse en:

- a) Profiláctico
- b) Terapéutico y,
- c) Criminal.

COAGULOPATIA DE CONSUMO:

Padecimiento adquirido de la coagulación, caracterizado por un defecto de la hemostasia muy complicado que resulta de la destrucción o consumo acelerado de varios factores de la coagulación y de las plaquetas.

Su diagnóstico de laboratorio se hace cuando todas las pruebas de coagulación son anormales, el exámen que más nos hace pensar en este síndrome es la marcada ausencia de plaquetas.

Las principales causas que dan origen ha este síndrome son:

- a) Accidentes Obstetricos.
- b) Picadura de vibóra
- c) Reacción hemolítica por transfusión
- d) Septicemia.

PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA: Enfermedades principales de las toxemias gravídicas.

Preeclampsia: Se refiere a la triada edema, hipertensión y albuminuria, que se presenta durante el embarazo o poco después del parto y, cuanto más temprano se presente el proceso patológico es más grave. Esta triada unida a convulsiones y coma es, pues, lo que recibe el nombre de Eclampsia, porque aún no se ha establecido claramente que se trate de entidades patológicas diferentes.

Sobre su etiología existen muy variadas teorías, no llegando en la actualidad a una que satisfaga y deje claro el origen verdadero de este proceso patológico.

La preeclampsia se divide en: leve, moderada y grave. Dicha clasificación ha tomado como base la presión arterial, la función renal y el estado de consciencia del paciente.

Respecto al tratamiento se ha ido modificando en el transcurso de los años. Algunos autores se atribuyen éxitos en tanto que otros no; lo cierto es que el tratamiento ha sido y es hasta el momento meramente sintomático. En un tiempo llegó a ser excelente el coctel lítico, que es una asociación de clorpromacina, prometazina, dietazina y meperidina. Sin embargo actualmente se usa con muy buenos resultados el Sulfato de Magnesio en diferentes esquemas.

DIABETES MELLITUS:

Este síndrome se inicia por un desequilibrio entre la producción y liberación de insulina por una parte y factores hormonales y tisulares que modifican los requerimientos de insulina

por la otra. Lógicamente estos influyen en el metabolismo de los hidratos de carbono.

SU INFLUENCIA EN EL EMBARAZO:

1. **MATERNA:** Cuanto más antigua es la diabetes, más grave es el padecimiento de la grávida; desde la 22 semana se inicia una perturbación del equilibrio hídrico que se manifiesta a través del edema; la toxemia se halla presente en un promedio de 50o/o de los casos y son más frecuentes aún las pielonefritis.

2. **SOBRE EL DESARROLLO DEL HUEVO:** El 50o/o de las no tratadas, termina en aborto, la placenta presenta infarto en ambas caras, es voluminosa e irregular, el líquido amniótico se produce en exceso, la muerte fetal en el útero suele ser la consecuencia mas o menos inmediata de un accidente ceto. acidotico.o toxémico. En el parto casi siempre termina en parto prematuro. Cuando es a término el producto suele ser obeso y edematoso; sobrepasa los 4,500 kg., pudiendo alcanzar hasta 8,000 kg. Son frecuentes la distocia de hombros, inercia uterina, por sobre distención del útero. en el feto es frecuente el traumatismo craneal con secuelas neurológicas por probables hemorragias meníngeas, favorecidas por fragilidad capilar, vascular hereditaria, la elongación de los plexos nerviosos y la fractura de clavícula; en la madre: son frecuentes desgarros perineales; si se colocaran forceps, resultan demasiado laboriosos, por lo que muchos se inclinan que sea indicación de cesárea.

Actualmente con el uso de insulina exógena, se ha reducido la mortalidad materna considerablemente.

La principal causa de mortalidad se hace presente cuando se manifiesta el coma diabético hiperglicémico, que no es mas que cuando la glicemia sobrepasa de 1,000 mg/ml. Hay cetoacidosis, aunque no se puede dar y confundir el diagnóstico, se sobreviene pérdida de la conciencia con alteraciones cerebrales, renales y hepáticas que pueden, si no se instituye un tratamiento rápido, llegar a la muerte.

PRESENTACION DE DATOS

1. RELACION EGRESOS-DEFUNCION POR AÑO

Durante los cinco años de que consta el presente estudio obtuvimos un total de egresos que asciende a 6494, con un total de defunciones de 23 pacientes o sea un promedio de 0.35o/o.

Número de casos distribuidos por año:

Año	Egresos	Defuns.	o/o
1973	1069	3	0.28
1974	1144	2	0.26
1975	1106	4	0.36
1976	1388	5	0.50
1977	1687	9	0.35
Total	6494	23	Promed. 0.35

De lo anterior se desprende que: se trata de un análisis de egresos-defunciones; que el mayor porcentaje de defunciones ocurrió en el año de 1976 y el menor en 1973.

2. DATOS GENERALES:

2.1 EDAD

Edad	No. pacientes	Porcentaje
15-20	4	17.39
21-25	3	13.04
26-30	6	26.08
31-35	4	17.39
36-40	5	21.73
41-45	1	4.34
Total	23	100.00

Lo que nos da un promedio aritmético de 29.78 años de edad. El mayor número de pacientes afectados oscila entre los 26 y 30 años.

2.2 ESTADO CIVIL.

Casadas	15	65.2o/o
Unidas de hecho	5	21.71o/o
Solteras	3	13.10o/o

El estado Civil de la paciente en el Hospital Nacional de Huehuetenango es proporcionado en la mayoría de casos por los familiares de la paciente; pero este dato no es verificado, de ahí que no pueda ser confiable absolutamente.

2.3 LUGAR DE PROCEDENCIA:

Area Urbana	3	13.1o/o
Area Rural	20	86.9o/o

Como nos damos cuenta en el cuadro anterior, el 86.9o/o son pacientes del área rural. Es conveniente destacar que de todas las fallecidas solamente una residía en la cabecera departamental de Huehuetenango y que las demás residían a distancia extremas de la cabecera, sin medios de comunicación. Tal el caso del lugar denominado Ixcán Grande, cuyos pacientes tienen que esperar la llegada del avión, único medio de transporte existente y que visita este lugar un promedio de dos veces por semana.

2.4 CONTROL PRENATAL:

Si	1	4.34o/o
No	22	95.66o/o

Durante el desarrollo del currículum de estudios de nuestra carrera se ha insistido respecto a lo sumamente importante que es efectuar por lo menos tres controles prenatales a una paciente. Sin embargo este dato que apuntamos y que habla por sí solo, nos parece por demás dramático.

3. HISTORIA OBSTETRICA

3.1 DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO

Examen Efectuado	No. de Pacientes
1o. Hemoglobina	20
2o. Hematocrito	20
3o. Grupo y Rh	8
4o. Recuento Leucocitos	8
5o. Fórmula Leucocitaria	8
6o. Recuentos G. Rojos	2
7o. Recuento Plaquetas	3.
8o. Tiempo de sangría	5
9o. Tiempo de coagulación	4
10o. Fibrinogeno	6
11o. Tiempo parcial de tromboplastina	2
12o. Urea	5
13o. Creatinina	5
14o. Examen de orina	5
15o. Examen de heces	5
16o. Hemocultivo	4
17o. Van Den Bergh	2
18o. Transaminasa Glutámico Oxalacetica	1
19o. Transaminasa Glutámico Pirruvica	1
20o. Tiempo de Protrombina	6
21o. Tiempo de coagulación por lee White	2
22o. Cultivo de secreción	1
23o. Dosificación de Sodio	1
24o. Acido úrico	1
25o. Retracción del coagulo	1
26o. VDRL	1
27o. Fosfataza alcalina	1
28o. Turbidez del Timol	1
29o. Glicemia	1

El cuadro anterior nos indica que en el hospital Nacional de Huehuetenango no solamente son manejados los pacientes clínicamente, sino que se hace el esfuerzo de efectuarles por lo menos un examen de hemoglobina y hematocrito.

Lo anterior es en cuanto a 23 pacientes fallecidas.

3.2 GESTACION:

No. de Gestas	Pacientes	o/o
0	0	0.0
1	4	17.39
2	1	4.35
3	0	0.0
4	2	8.69
5	1	4.35
6	2	8.69
7	2	8.69
8	2	8.69
9	0	0.0
10	1	4.35
11	1	4.35
12	0	0.0
13	1	4.35
14	1	5.35
Se ignora	5	21.73

3.3 PARIDAD:

No. de partos anteriores	No. de Pacientes	o/o
0	5	21.73
3	2	8.69
4	2	8.69
5	2	8.69
6	2	8.69
7	1	4.35
8	1	4.35
9	1	4.35
10	2	8.69
Se ignora	5	21.73

3.4 ABORTOS:

No. de abortos	No. de Pacientes	o/o
0	13	56.52
1	2	8.69
3	2	8.69
4	1	4.35
Se ignora	5	21.73

3.5 CESAREAS:

No. de Cesareas	No. de Pacientes	o/o
0	17	73.91
1	1	4.35
Se ignora	5	21.73

Los cuadros anteriores hacen ostensible el descuido médico en cuanto a registrar la historia obstétrica como parte de la anamnesis de la paciente, lo que hace imposible la obtención de conclusiones más objetivas.

4.0 FALLECIMIENTOS:

4.1 TIEMPO DE HOSPITALIZACION:

Tiempo Hospitalización	No. de Pacientes	o/o
de 0 a 24 Hrs.	13	56.52
de 1 a 5 días	7	30.43
de 6 a 10 días	1	4.36
de 11 a 15 días	2	8.69

Estos datos son importantes en cuanto que nos dan un índice respecto a la gravedad del cuadro que presenta la paciente a su ingreso. Ahora bien si tomamos en cuenta que hay pacientes que fallecen en un lapso no mayor de dos horas de hospitalización, tiempo este no suficiente para instalar un tratamiento médico adecuado, en realidad estos casos deberíamos tomarlos como pacientes no manejados intrahospitalariamente. De ser así obtendríamos las cifras de mortalidad siguientes:

Total fallecidas	23
(-) Fallecidas no mayor dos Hrs. hospitalización	5
Fallecidas neto	18

Egresos	Fallecidas neto	Porcentaje Neto
6494	18	0.27o/o

4.2 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DE DEFUNCION:

Diagnóstico	Pacientes
-Choque Séptico	8
-Transversa abandonada	7
-Choque hipovolémico	5
-Placenta previa	3
-Rotura uterina	4
-Retención placentaria	2
-Aborto incompleto	2
-Coagulopatía de consumo	2
-Embolia Pulmonar	1
-Preeclampsia severa	1
-CHOque anafilacticoxRaqui	1
-Eclampsia fulminante	1
-Coma diabético	1

Haciendo un estudio del historial clínico, se desprende que los cuadros hemorrágicos, infecciosos y toxémicos, resultan siendo las causas principales de mortalidad. Pero estos cuadros, durante el embarazo, son prevenibles. Sin embargo salta a la vista que las pacientes consultan al hospital con un tiempo de evolución elevado y cuando su estado general es ya precario.

4.3 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EFECTUADOS:

1. Histerectomía abdominal sub-total	1
2. Histerectomía abdominal total	1
3. CSTEP	9
4. Pomeroy	2
5. Extracción manual de placenta	1
6. Legrado uterino instrumental	1

4.4 NECROPSIAS:

Efectuadas	0
No efectuadas	23

El cuadro anterior explica por sí solo la ausencia de necropsias en un 100o/o. Sin embargo es conveniente aclarar que dicha situación se dió debido a la negativa de los familiares que no ignoran el procedimiento. Es obvio que esta circunstancia no permite un diagnóstico completo.

4.5 CONDICION OBSTETRICA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCION:

1o. Durante el último trimestre del embarazo	1
2o. Durante el pre-parto	1
3o. Durante el parto	5
4o. Durante el puerperio inmediato	16

Se entiende por Pre-parto, al momento de un embarazo a término, pero sin existir trabajo de parto y, Puerperio inmediato, a la condición en que queda la paciente desde el ultimo período del parto hasta 72 Hrs. después.

5. ANALISIS COMPARATIVO:

5.1 RELACION EGRESOS DEFUNCIONES EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS: GUATEMALA 1974-1977.

Año	Egresos	Defunciones	o/o
1974	5702	14	0.24
1975	5889	10	0.17
1976	3834 (año del terr.)	7	0.18
1977	4413	3	0.07
Total	19838	34	0.17

De lo anterior en un período de cuatro años y con relación a un total de 19838 Egresos, se registraron 34 defunciones lo que hace un porcentaje de mortalidad de 0.17o/o.

5.2 HOSPITAL MATERNO DEL I.G.S.S.:

Relación Egreso defunciones por el período de 5 años.

Año	Egresos	Defunciones	o/o
1973	19427	11	0.06
1974	20086	10	0.05
1975	20117	7	0.03
1976	18691	4	0.02
1977	20271	3	0.01
Total	98592	35	0.03

De lo anterior en un período de 5 años de registraron 98592 Egresos con 35 Defunciones lo que hace un porcentaje de 0.03 o/o.

5.3 HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE QUETZALTENANGO:

Relación egresos-defunciones por el período de 5 años en el

Departamento de Obstetricia.

Año	Ingresos	No. de Pacientes fallecidas	o/o
1973	1919	5	0.26
1974	1949	5	0.26
1975	2004	9	0.45
1976	1857	5	0.26
1977	2148	9	0.41
Total	9877	33	0.33

5.4 TABULACION GENERAL DE MORTALIDAD MATERNA DE 4 HOSPITALES DE GUATEMALA:

Hospital	Egresos	Defunciones	o/o
I.G.S.S.	98592	35	0.03
Hosp. Gral. "San Juan de Dios"	19838	34	0.17
Hosp. Gral. de Occidente	9877	33	0.33
Hosp. Nac. Huehuetenango	6494	23	0.35

Premeditadamente se han efectuado análisis de 4 hospitales, 2 que se encuentran en la capital y 2 hospitales departamentales, la semejanza en los hospitales departamentales en cuanto a porcentajes es casi nula no siendo así comparados con los hospitales de la capital que es bastante marcada, y llama la atención aún más la marcada diferencia entre los hospitales de la capital, que presumiblemente no se debe a otra causa sino a la disponibilidad de recursos de cada uno de ellos.

APRECIACIONES ACERCA DE LA ASISTENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA

Las siguientes líneas constituyen apreciaciones personales del autor del presente trabajo, las que el mismo se ve impelido hacer, tomando en cuenta la dolorosa realidad que nos brindan objetivamente los datos estadísticos y que damos a conocer en sus principales aspectos, en el desarrollo de esta tesis. Pese a que las circunstancias, ordinariamente traumáticas, en que se desenvuelve nuestra formación profesional, inciden en nuestra personalidad y permiten a la vez una visión fría de la realidad de nuestro entorno, paradójicamente, estas circunstancias que son inherentes a la carrera, nos hacen más humanos, y consiguientemente nos obligan a efectuar valoraciones generales, principalmente respecto a las causas que motivan el alto grado de mortalidad que si bien sostenemos en nuestras hipótesis que son aceptadas nacionalmente, en el caso particular de Huehuetenango, no es posible ver con indiferencia esta realidad que a diario se torna en angustia y dolor. Nos obliga entonces a señalar lo inicuo de la organización asistencial del país con sus derivaciones que irremisiblemente han determinado la alta tasa de mortalidad. Acentuamos este aspecto básico de la asistencia médica porque creemos nosotros que una organización adecuada implica capacidad en equipo moderno, elementos especializados, componentes de la organización no contaminados de política sectaria, etc.

Con esto no solo tendríamos una atención médica adecuada, sino también organismos que puedan ocuparse en elevar la consciencia de la ciudadanía que ignoran los más elementales conocimientos que tienden a proteger su salud. Pues ya hemos anotado que un buen porcentaje de pacientes buscan los centros hospitalarios cuando profesional y humanamente es imposible instalar un tratamiento que pueda salvarles la vida.

La vida es el valor supremo del hombre, sin la cual no hubiese podido constituir un conglomerado social, corresponde a nosotros los médicos velar porque la vida se prolongue hasta los límites racionales que la ciencia médica pueda ofrecer. Pero esta misión

implica necesariamente hacer los señalamientos que expediten el camino al buen médico, al verdadero médico. Y esto solo podrá lograrse atendiendo a algo mucho más allá de lo que viene exigiendo el clamor popular.

CONCLUSIONES

- 1o. Que durante el período comprendido de 1973 a 1977, el número de defunciones, constituye el 0.35o/o de 6494 pacientes egresadas del Hospital Nacional de Huehuetenango, de su Departamento de Obstetricia.
- 2o. Que el mayor número de pacientes fallecidas oscila entre los 26 y 30 años.
- 3o. El mayor número de defunciones pertenecen al área rural, pues en el estudio ha quedado establecido que solamente una paciente residía en la cabecera departamental de Huehuetenango.
- 4o. Si existen normas que rigen los programas de Control Prenatal, éstas no se aplican con apego a la ética profesional de ahí que su deficiencia sea determinante en el índice de mortalidad.
- 5o. Las principales causas de mortalidad en el departamento de Obstetricia las constituyen los cuadros hemorrágicos, los cuadros infecciosos y los toxémicos.
- 6o. Falta de procedimientos adecuados en la práctica de necropsias, las que no se dan en 100o/o, resultando obvio el diagnóstico incompleto.
- 7o. Es notoria la falta de seriedad responsable de las autoridades en cuanto a la eliminación de las causas de la mortalidad, toda vez que de ellas —se supone— emanan las disposiciones para el deseable desenvolvimiento y la correspondiente dotación de los diferentes equipos y materiales propios de los Departamentos de Obstetricia a nivel nacional.
- 8o. Consideramos lógico que el índice de mortalidad del departamento de Obstetricia del Hospital de Huehuetenango, es mayor que el de otros hospitales con mejores recursos.

RECOMENDACIONES

- 1o. Desarrollo de programas de publicidad, elaborados con técnicas modernas y otras actividades tendientes a despertar y elevar la consciencia del conglomerado social (incluyendo mujeres, hombres y jóvenes), en cuanto a la necesidad imperativa de practicar en su debido tiempo, el Control Prenatal de las mujeres embarazadas.
- 2o. El médico naturalmente es cuidadoso en el manejo de sus pacientes. Sin embargo, las causas mas comunes del Departamento de Obstetricia del Hospital Nacional de Huehuetenango, no solo son prevenibles, sino pueden ser superadas en gran parte. Actuar con mayor responsabilidad en el enfrentamiento de estas causas, es lo menos que podemos sugerir.
- 3o. Hacer evaluaciones constantemente a nivel interno en los Departamentos de Obstetricia de los hospitales nacionales y en periodos racionales a nivel nacional.
- 4o. Promover seminarios, reuniones, conferencias, etc. con el objeto principal de intercambiar experiencias y estar al día en las técnicas modernas en este campo médico.
- 5o. Propiciar en nuestra Universidad la creación de especialidades en el campo de la obstetricia y de Ginecología, a nivel departamental.
- 6o. Coayudar con las autoridades de la Universidad de San Carlos de Guatemala a fin de que su asesoría sea determinante en las funciones del Ministerio responsable de la salud del pueblo.

BIBLIOGRAFIA

OBSTETRICIA

Schwartz, Sala, Duverges
Librería El Ateneo Editorial
1979

OBSTETRICA

Williams
Salvat Editores, S. A.
1973

Tratado de Ginecología

Novack, Jones, Jones
Nueva Editorial Interamericana, S. A. de C. V.
1971

Medicina Interna

Harrison
La Prensa Médica Mexicana
1973

Merger Robert Manual de OBstetrica

2a. Edición Barcelona
Toray Masson 1971

Mortalidad Materna en el Hospital Roosevelt

Winston Rolando Molina Gonzalez
Mayo 1971

Mortalidad Materna Hospital General de Occidente Quezaltenango

Jorge Yax Chachalaj
1978

Registros Médicos Hospital Nacional de Huehuetenango

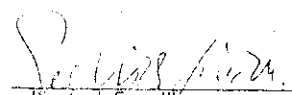
Registros Médicos Hospital General San Juan de Dios Guatemala

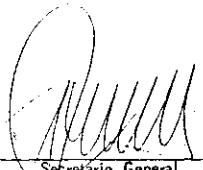
Departamento Estadística Hospital de Maternidad del I.G.S.S.


Br. Erwin Arribas Mejía González.


Asesor
Dr. Oscar Ernesto García.


Revisor
Dr. Romero de León Montenegro.


Director de Fase III
Dr. delio de León.


Secretario General
Sr. Raúl Castillo.

Vo.Bo.


Decano
Sr. Rolando Castillo Montalvo