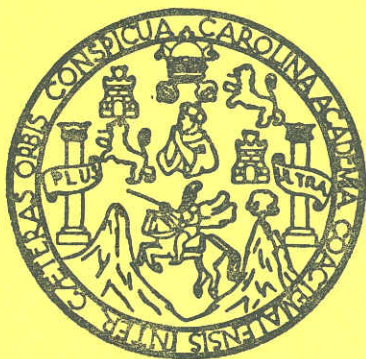


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL
NACIONAL SANTA ELENA
QUICHE DE 1974 A 1979

WALDEMAR VELEZ GAITAN

Guatemala, Abril 1980

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. JUSTIFICACION
3. OBJETIVOS

GENERALES ESPECIFICOS

4. HIPOTESIS
5. MATERIAL Y METODO
6. RECURSOS

HUMANO NO HUMANO

7. CONSIDERACIONES SOBRE MUERTE MATERNA.

8. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

1. NUMERO DE PARTOS Y ABORTOS POR AÑO
2. NUMERO DE MUERTES POR CAUSA OBSTETRICA
3. NUMERO DE NACIDOS VIVOS
4. EDAD DE PACIENTES ATENDIDAS
5. EDAD DE PACIENTES FALLECIDAS
6. TASAS DE MORTALIDAD POR AÑO
7. CAUSAS GENERALES DE MUERTE MATERNA
8. CAUSAS ESPECIFICAS DE MUERTE MATERNA
9. TIEMPO DE HOSPITALIZACION
10. PRACTICA DE NECROPCIA
11. PROCEDENCIA Y CONTROL PRE NATAL

9. CONCLUSIONES
10. RECOMENDACIONES
11. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La muerte materna es en realidad lamentable, ya que además, en la mayoría de los casos, de dejar hijos pequeños sin protección se pierde una de las personas de la familia, talvez la principal desde el punto de vista de unidad familiar.

Se trata por lo general de mujeres sanas en una edad productiva que sufre algo tan normal en la vida de la mujer como lo es el embarazo, luego durante y después del parto, sufren complicaciones, muchas de ellas prevenibles que terminan en la muerte.

La barrera cultural, especialmente en esta zona de creencias religiosas arraigadas y la distancia de sus casas, sin olvidar la pésima condición de los caminos y los escasos medios de transporte, hacen en verdad difícil una atención adecuada, no digamos una asistencia adecuada; no está demás recordar que el porcentaje de partos y abortos y demás problemas obstétricos que son atendidos en el hospital es pequeño.

Sobre este pequeño porcentaje se hará este estudio, que por ser el primer en este hospital trata de alertar al personal sobre las causas de mortalidad materna más frecuente en las pacientes que acuden a sus servicios de salud y, así, tomar medidas adecuadas para este problema y, tener un parámetro para futuras evaluaciones que se quisieran hacer.

Para llevar a cabo este estudio se revisaron los trabajos sobre el tema anteriormente desarrollados y hacer en lo posible comparaciones, libros de texto, mejor documentación sobre muerte materna y archivo, papeletas clínicas existentes en el hospital.

JUSTIFICACION

Por lo general, en los hospitales departamentales se carece de datos acerca de sus tasas de mortalidad, índices de mortalidad y causas de muerte así como si los pacientes que usan sus servicios desde el punto de vista obstétrico que finalmente han tenido o no un control de su embarazo en alguna etapa, ya que éste debería intervenir activamente como detector y previsor de complicaciones que pudieran tener la gestante que por diferentes causas le llevarán a la muerte.

Se trata además de sumar a la estadística nacional los datos que a continuación se presentan y sus comparaciones con centros asistenciales similares para que sean alertados en cuanto a la realidad que vive la embarazada que por una u otra causa fallece en nuestro país y en especial la del departamento de El Quiché.

OBJETIVOS

GENERALES:

- Realizar el primer estudio acerca de la mortalidad materna en el Hospital Nacional de Quiché.
- Hacer un estudio el cual nos muestre parte de la realidad guatemalteca

ESPECIFICOS:

- Conocer la tasa de mortalidad materna en éste hospital departamental.
- Conocer el índice de mortalidad materna en éste hospital.
- Observar los resultados para ver cuales son las principales causas de muerte materna.
- Sabiendo cuales son las causas de muerte y en caso de ser prevenible plantear soluciones que puedan ser alcanzables para un problema de tanta magnitud.

HIPOTESIS

1. No hay diferencia entre la incidencia de muerte materna en el Hospital Nacional Santa Elena y los demás hospitales departamentales estudiados anteriormente.
2. Ninguna de las pacientes fallece antes de 24 horas después de ser ingresada al hospital.
3. La hemorragia no es un factor importante que contribuye a la muerte materna.
4. Ninguna de las pacientes tiene control prenatal.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

Total de casos de muerte materna así como los nacidos vivos en los últimos 6 años en el hospital además del No. de partos y abortos.

METODO:

Se utilizará el método deductivo siguiendo el siguiente esquema.

- a) Revisión Bibliográfica.
- b) Revisión de No. de nacidos vivos.
- c) Revisión de No. de partos.
- d) Revisión de No. de abortos.
- e) Revisión de Defunciones por causa materna.
- f) Tabulación de datos.
 - No. de nacidos vivos.
 - No. de partos y abortos.
 - Muerte por causa materna.
 - Edad de fallecidas y atendidas
 - Causas de muerte.
 - Tiempo de hospitalización.
 - Procedencia.
 - Control prenatal.
 - Necropsia.

RECURSOS

HUMANO:

- Asesor.
- Revisor.
- Investigador.

NO HUMANO:

- Hospital Nacional del Quiché.
- Archivo del Hospital.
- Papeletas de Historias Clínicas.
- Material de Escritorio.

CONSIDERACIONES SOBRE MUERTE MATERNA

La muerte materna como culminación del embarazo es por lo general, un hecho más frecuente en el área rural que en el área metropolitana ya que esta última se ha creado la necesidad de la atención médica, siendo ésta última parte de un índice cultural mayor. Como consecuencia de lo anteriormente expuesto los índices de mortalidad tendrían que ser mayores en el área rural o dónde la cultura sea menor ya que las pacientes por lo general no han tenido un control adecuado de su embarazo.

Los trabajos que sobre este tema se han efectuado en Guatemala anteriormente nos dicen que las causas de muerte materna son Hemorragia, Infección y Toxemia. (3,5 y 6)

En los E.U. también son éstas las principales causas de muerte y en éste mismo orden. (2)

Los índices de muerte materna disponibles como parámetro de comparación son los de los hospitales de San Marcos 0.30 en 7773 pacientes (3) y el hospital de Huehuetenango 0.35 (4) ambos obtenidos en estudios similares al presente.

El aborto ocupa como se podrá ver más adelante, lugar importante en la morbilidad materna no así en la mortalidad aunque no hay estadísticas sobre esto en especial.

Las causas más frecuentes de hemorragias son:

- Hemorragia Uterina después del parto.
- Choque y hemorragia por abortos.
- Hemorragia por ruptura de trompas de falopio.
- Hemorragia consecutiva a implantación o separación anormal de la placenta.
- Hemorragia por rotura uterina.

La infección del canal del parto suele empezar con una endometritis por vía vaginal, que continúa con una peritonitis, flebitis, bacteremia, choque y muerte.

Las toxemias que se presentan alrededor del 6-7o/o de las embarazadas siendo la principal la eclampsia la cual tiene una frecuencia de 0.2o/o con una mortalidad materna del 10o/o (1)

HEMORRAGIA:

La hemorragia en el transcurso de las distintas etapas del embarazo, es un signo esencialmente patológico siempre.

la hemorragia post parto es definida como la pérdida de sangre mayor de 500 cc. de sangre en un período de 24 horas.

La hemorragia post parto como factor directo constituye la causa de alrededor de un cuarto de las defunciones por causa obstetrica.

En el grupo de las hemorragias se incluyen además: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, embarazo ectópico, hemorragia por aborto y ruptura uterina.

Hemorragias de la primera mitad del embarazo:

ABORTO:

Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de su viabilidad extrauterina.

Puede ser espontáneo o provocado y éste profiláctico, terapéutico o criminal.

Etiología: Causas orgánicas: Enfermedades generales (lues, tuberculosis) o locales (organopatías pélvicas de todo orden), incompetencia cervical.

Causas Funcionales: Trastornos metabólicos y endocrinopatías extragonadales o gonadales.

Causas psicodinámicas: traumatismos emocionales concientes o subconcientes.

Causas Ovulares: huevos genéticamente anormales, incapaces de sobrevivir.

Causas Tóxicas: intoxicaciones de todo tipo.

Traumatismos de todo orden.

Sintomas y formas clínicas:

- Amenaza de Aborto: hemorragia genital, dolores hipogástricos y lumbares y ausencia de dilatación cervical.
- Aborto inminente: Aumento de intensidad de los signos anteriores.
- Aborto inevitable: Se agrega a lo anterior la dilatación cervical, especialmente del orificio interno.
- Aborto en Curso: Hidrorrea, hemorragia, eliminación de trozos de la

totalidad de la placenta.

- Aborto incompleto.
- Aborto completo: Regresión de los signos locales.
- Aborto diferido: Retención del huevo como cuerpo extraño.
- Aborto infectado: Infecciones endógenas ascendentes o exógenas.

Diagnóstico: Se debe excluir:

- Hemorragias genitales por enfermedades ginecológicas.
- Enfermedades obstétricas con hemorragias del principio de la gestación:
 - a) Embarazo extrauterino.
 - b) Mola vesicular.

Complicaciones: Retención, hemorragias, infección y Síndrome de Mondor.

Tratamiento: Según etiología.

Frecuencia:

10o/o del total de los embarazos.

Pronóstico:

50o/o infección del huevo.

35o/o la interrupción del embarazo es hormonal.

15o/o interrupción por las otras causas.

La hemorragia de más de 10 días de evolución es de mal pronóstico.

EMBARAZO ECTOPICO:

La nidación y desarrollo del huevo fuera del cuerpo uterino.

- Sitios de implantación: Las variedades habituales de implantación son: tubárica, tuboovárica, ovárica, abdominal, intraligamentaria y cervical. La más frecuente es la tubárica 95o/o, la cual, puede ser intersticial, ístmica, ampollar o infundibular.
- Etiopatogenia: Las causas más frecuentes del embarazo tubario son: salpingitis crónicas, alteraciones congénitas de las trompas, endometriosis, disminución de la luz tubárica por compresiones externas, alteraciones funcionales, etc.. La evolución por lo general hacia el aborto tubario es la ruptura de la trompa.
- Sintomatología: Amenorrea de corta duración, con pseudomenstruaciones o metrorragias de sangre oscura. Existente dolor permanente sobre

una de las fosas iliacas. El examen genital nos revela un tumor parauterino alargado y doloroso y un útero pequeño.

- Complicaciones: Son el aborto tubario y la rotura de la trompa grávida. Dan lugar a una intensa hemorragia interna con todos sus síntomas y la punción del fondo de saco de Douglas revela sangre incoagulable.
- Diagnóstico diferencial: Aborto, Mola Quiste del ovario, pequeños miomas, las anexitis, la apendicitis aguda.
- Tratamiento: Resección de la trompa grávida durante los primeros meses de gestación además de tratarse la hemorragia. En los embarazos avanzados debe extraerse el feto por vía abdominal y se extraerá dejando la placenta según la cantidad de adherencia.

Hemorragias de la segunda mitad:

PLACENTA PREVIA:

Insertión de la placenta en el segmento inferior del útero; las hemorragias aunque frecuentes pueden no existir en el 25 o/o de los casos.

- Frecuencia: Más frecuente en multiparas que en las primiparas.
- Anatomía patológica: El segmento inferior presenta un considerable aumento de los vasos sanguíneos.
- Aspecto morfológico: Por lo general la placenta es de mayor tamaño, más plana, más irregular que la placenta normal; las membranas son gruesas rugosas y frágiles; el cordón se inserta con frecuencia excéntricamente.
- La implantación: Lateral, Marginal, Oclusiva o central total y central parcial.
- Etiología:
 - a) Época tardía de la fijación del trofoblasto
 - b) Capacidad anormal de fijación del endometrio
 - c) Excesiva movilidad de las pestañas vibrátiles

— Sintomatología: a) en el embarazo: 1) Metrorragia. Toda hemorragia del final del embarazo significa placenta previa mientras no se demuestre lo contrario esta tiene las siguientes características:

- a) Ocurre en los últimos meses del embarazo
- b) Sangre líquida roja rutilante
- c) Es indolora
- d) Es intermitente
- e) En cada una de ellas existe cierto grado de hemostasia espontánea

El tacto vaginal está contraindicado ya que exacerba la hemorragia.

— Métodos para localizar el sitio de inserción:

- Cistografía
- Placentografía contrastada
- Rayos blandos
- Ultrasonograma

— Diagnóstico diferencial: Exocervicitis, Ca. del cuello uterino, rotura de varices vaginales, desprendimiento de placenta normalmente insertada, la rotura del seno circular y el prolapso de la placenta.

— Pronóstico: Grave tanto para el feto como para la madre.

— TRATAMIENTO: a) Durante el embarazo: Reposo absoluto en cama, sedantes uterinos y transfusiones sanguíneas. b) Durante el parto: Método de Puzos, uso de las pinzas de Willet-Gauss, versión de Braxton Hicks, Cesárea abdominal. c) Después del parto: Maniobra de Crédé, Extracción manual de la placenta, Taponamiento utero cervical, Histerectomía.

DESPRENDIMIENTO DE LA PLACENTA NORMALMENTE INSERTA:

Es el producido generalmente durante el embarazo o el parto, pero siempre antes del final del período de reposo clínico del alumbramiento.

— Frecuencia: Se calcula en 0.01 o/o

— Etiología: Gravidotoxemia, Traumatismos Externos, Traumatismo Internos, Evacuación brusca en el polihidramnios o en el embarazo múltiple; bruscas oscilaciones de presión arterial, enfermedades infecciosas, endo-

- Anatomía patológica: Entre la pared del útero y la placenta se derrama la sangre extravasada que proviene de los vasos maternos de la región constituyendo un coágulo de tamaño variable.
- Fisiopatología: La hipertonia sería la causa de todos los procesos. La presión sanguínea en los capilares, en las venas y en los lagos sanguíneos del útero sube hasta alcanzar altos valores.
- Síntomas: Iniciación brusca, Hemorragia externa tardía, poco abundante de color negrusco con coágulos e intermitente, dolor agudo, partes fetales poco palpables, muerte fetal, membranas tensas.
- Diagnóstico diferencial: a) Con hemorragia descartar todas las hemorragias ginecológicas; b) Sin hemorragia: Rotura del útero, embarazo ectópico avanzado, polihidramnios agudo.
- Evolución: Existen tres posibilidades: 1) Poco extenso: El embarazo puede continuar su curso y llegar a término. 2) Si abarca una zona mayor se inicia el parto con feto muerto. 3) Si el parto no se instituye puede sobrevenir la muerte la que se produce por hemorragia y choque.
- Pronóstico: Grave para la madre y peor para el feto.
- Tratamiento: La hemorragia no se detiene mientras el útero no se evacúa.
 - Ruptura de la bolsa de las aguas
 - Cesárea abdominal
 - Embriotomía o forceps
 - Taponamiento o Histerectomía.

— Con respecto a las hemorragias por incoagulabilidad sanguínea su Etiología no está ligada a la falta de fibrinógeno, sino a destrucción de éste por fibrinolisis por producción de fibrinolisis en el útero.

La afibrinogenemia por embolia de líquido amniótico: Se considera que el líquido amniótico tiene tromboplastina, causando un embolismo amniótico que causa una hemorragia profusa a nivel genital que aparece horas después, este cuadro tiene una mortalidad del 60 o/o en los casos que se presenta.

ROTURA UTERINA:

- Frecuencia: 1 por mil.

- Anatomía patológica: Pueden ser I) Roturas del segmento inferior
 - a) Completas o incompletas
 - b) Simples o complicadas
- II) Roturas del cuerpo: Son generalmente completas.
- Factores:
 - a) Roturas antes del Parto: Cicatriz de una cesárea previa, cicatriz operatoria previa, útero intacto, rotura traumática.
 - b) Rotura durante el parto: Rotura espontánea de: Cicatriz de cesárea previa cicatriz operatoria previa, útero intacto, rotura traumática.
- Síntomas: Contracciones y dolor intensos, Elevación del anillo de Bandl, Tensión de los ligamentos redondos, Edema bulbar y suprapúbico, Pérdida de escasa cantidad de sangre venosa, Feto difícilmente palpable, en sufrimiento o muerto, Edema y estasis sanguíneo del cuello, Pequeña hemorragia oscura, Inquietud, agitación y angustia.

ROTURA CONSUMADA:

Cesación repentina de las contracciones. Dolor agudo, Utero como un tumor duro, Feto muerto fácilmente palpable en el abdomen. Tenesmo urinario. Presentación en el útero alta y móvil. Feto en el abdomen imposible de reconocer por vía vaginal. Anemia aguda y choque.

- Pronóstico: Muy grave
- Tratamiento: La laparatomía y la Histerectomía tienen privacidad en la terapéutica.

INFECCION PUERPERAL:

Es la infección post parto del aparato genital, generalmente localizada en el endometrio pero que con frecuencia se extiende para producir cuadros diversos.

La temperatura puede tomarse, si es de 38° , y si aparece por más de dos días durante el puerperio propiamente dicho.

Como bacterias causantes se han encontrado que los anaerobios, miembros habituales de la flora normal del canal del parto son los gérmenes causantes en más del 50 % de los casos. En su orden son: *Estreptococo anaerobio*, *Estrepto-*

coco aerobio no hemolítico, E Coli, Stafilococo Albus, Stafilococo anaerobio, Etc., el modo de infección es por vía retrógrada lo que explica su frecuencia cuando el parto no es atendido en un medio y por personas adecuadas.

Existen causas predisponentes tales como Hemorragias, y traumas durante el parto.

Las manifestaciones más frecuentes son: Endometritis, tromboflebitis y Bacterimia siendo lo siguientes choque séptico si no se establece el tratamiento adecuado.

TOXEMIAS DEL EMBARAZO

Se caracterizan por presentarse durante el embarazo para desaparecer después del parto, generalmente sin dejar secuelas en la madre y el niño cuando son correctamente tratadas.

TOXEMIA GRAVIDICA:

Síndrome que aparece después de las 24 semanas de amenorrea y se caracteriza por presentar edemas, hipertensión y albuminuria. Cuando los tres signos están presentes se denomina PREECLAMPSIA. Esta puede ser leve, moderada o grave, esta última de no corregirse, puede conducir al ataque ECLAMTICO. Los signos antes descritos pueden aparecer solos en cuyo caso se habla de TOXEMIA MONO-SINTOMATICA.

PREECLAMPSIA

La tensión arterial no sobrepasa los 180mm de Hg de máxima y 115mm de Hg de mínima; los edemas son moderados, hay discreta hematuria y valores de 2 gr por mil en orina; el examen de fondo de ojo puede revelar una retinopatía gestósica moderada.

ECLAMPSIA

En caso de no controlarse el estado anterior aparece este cuadro caracterizado por el agravamiento de los signos anteriormente descritos y el apareamiento de accesos que se caracterizan por:

Primer período: De invasión, que dura un minuto, observándose contracciones fibrilares de los músculos de la cara, con producción de muecas.

Segundo período: De contracciones tónicas, que dura un medio minuto en el cual todo el cuerpo queda contracturado y rígido, la respiración se suspende y hay cianosis.

Tercer período: De contracciones clónicas, que dura algunos minutos, después de una inspiración profunda y ruidosa, la paciente se agita con grandes movimientos, pudiendo morderse la lengua.

Cuarto período: De coma que dura horas y días.

- Diagnóstico diferencial: Epilepsia, la uremia, Tumores Cerebrales y Encefalitis.
- Evolución: Una de las complicaciones más temibles es la anuria.
- Pronóstico: Materno 10 o/o de mortalidad
Fetal: 30 o/o de mortalidad
- Tratamiento: Evacuar el útero lo antes posible y combatir los signos y síntomas que presente el paciente.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

TABLA NUMERO UNO

NUMERO DE PARTOS Y ABORTOS SEGUN AÑO

AÑO	PARTOS	ABORTOS
1974	280	67
1975	317	51
1976	314	60
1977	412	94
1978	410	68
1979	460	90
SUB-TOTAL	<u>2193</u>	<u>430</u>
TOTAL	3081	

ANÁLISIS:

Como se puede observar fueron atendidos un total de 3081 pacientes de las cuales 2193 fueron partos y 430 abortos durante un período de 6 años. También se puede observar un aumento de 100 o/o desde 1974 hasta 1979 en el número de pacientes atendidas.

TABLA NUMERO DOS

MUERTES POR CAUSA OBSTETRICA

AÑO	No. DE MUERTES	o/o
1974	6	28.57
1975	1	4.76
1976	4	19.04
1977	5	23.83
1978	3	14.28
1979	2	9.52
TOTAL	<u>21</u>	<u>100.00</u>

ANALISIS:

Del total de 3081 pacientes atendidas fallecieron 21 las cuales hacen el 0.6815 o/o de las muertes. Se observa el mayor porcentaje en 1974 con un 28.57 o/o, luego 1977 con un 23.83 o/o, y 1976 con un 19.04 o/o.

EL INDICE DE MORTALIDAD ES DE 0.6815 o/o para las 3081 pacientes atendidas que supera en casi un 100 o/o a los índices de los hospitales de San Marcos (0.30) y Huehuetenango (0.35), los cuales por ser departamentales poseen condiciones similares al actualmente estudiado.

TABLA NUMERO TRES

NUMERO DE NACIDOS VIVOS

1974	243
1975	268
1976	279
1977	323
1978	371
1979	409
TOTAL	1892

TABLA NUMERO CUATRO

EDAD DE PACIENTES ATENDIDAS

EDAD	NUMERO	o/o
15-19	422	13.70
20-24	773	25.10
25-29	546	17.72
30-34	341	11.07
35-39	653	21.18
40- +	346	11.23
TOTAL	3081	100.00

TABLA NUMERO CINCO

EDAD DE PACIENTES FALLECIDAS

EDAD	NUMERO	o/o
15-19	1	4.76
20-24	8	38.09
25-29	2	9.53
30-34	2	9.53
35-39	7	33.33
40- +	1	<u>4.76</u>
TOTAL	21	100.00

ANALISIS:

Tanto las edades de las pacientes atendidas como las de las fallecidas concuerdan en cuanto a que en ambos los porcentajes son mayores para los grupos comprendidos entre los 20-24 años y 35-39 años, siendo los grupos menores en ambos casos en los extremos de las tablas presentadas.

CUADRO NUMERO SEIS

TASAS DE MORTALIDAD POR AÑO

1974	24.69
1975	3.73
1976	14.33
1977	15.47
1978	8.08
1979	4.88

ANALISIS:

La TASA DE MORTALIDAD EN LOS SEIS AÑOS fue de 11.09. Se incrementaron estos datos estadísticos en este trabajo pero desgraciadamente no se cuentan con datos similares en los estudios revisados para poder efectuar comparación.

TABLA NUMERO SIETE
CAUSAS GENERALES DE MUERTE MATERNA

	CAUSA	NUMERO	o/o
ABORTO	INFECCION	1	4.76
EMBARAZO	HEMORRAGIA	9	42.86
28 SEM.	INFECCION	9	42.86
PUERPERIO	OTROS	2	9.52
		<hr/>	<hr/>
	TOTAL	21	100.00

ANALISIS:

Como puede observarse las principales causas generales de muerte son hemorragia e infección.

TABLA NUMERO NUEVE
TIEMPO DE HOSPITALIZACION

	NUMERO	o/o
0 - 12 horas	6	28.59
12 - 24 horas	4	19.04
1 - 8 días	7	33.33
9 - +días	<u>4</u>	<u>19.04</u>
TOTAL	21	100.00

ANALISIS:

El mayor porcentaje de pacientes falleció durante las primeras 24 horas, de su ingreso al hospital lo que asociado a los Dx. de muerte hace suponer que la mayoría de pacientes llegó en etapa terminal de su proceso patológico.

TABLA NUMERO DIEZ
PRACTICA DE NECROPSIA

	NUMERO	o/o
SI	0	0
NO	<u>21</u>	<u>100.0</u>
TOTAL	21	100.0

ANALISIS:

No fue practicada la necropsia en ninguno de las pacientes lo que ayudaría a confirmar el diagnóstico de muerte; por lo general éste procedimiento es rechazado por los familiares por razones culturales.

TABLA NUMERO ONCE

PROCEDENCIA Y CONTROL PRENATAL

	Area Urbana		Area Rural		Sub totales	
	Número	o/o	Número	o/o	Número	o/o
SI CONTROL PRENATAL	3	14.29	0	0	3	14.29
NO CONTROL PRENATAL	<u>5</u>	<u>23.81</u>	<u>13</u>	<u>61.90</u>	<u>18</u>	<u>85.71</u>
SUB TOTALES	8	38.10	13	61.90	21	100.00

ANALISIS:

PROCEDENCIA: El 61.90 de los pacientes procede de el área rural, lo que explica en parte el hecho de la manipulación y lo tardío de la búsqueda de ayuda hospitalaria; los restantes procedían del área urbana.

CONTROL PRE NATAL: La totalidad de las pacientes procedentes del área rural carecían de control pre natal; de las pacientes procedentes del area urbana, menos del 50 o/o tenían control prenatal. Esto nos dá un parámetro de que aún no se ha creado la necesidad de los servicios de salud en lo que a problemas obstétricos se refiere pues en total hay un 85.71o/o de pacientes que carecían de un control prenatal entre el grupo de defunciones.

CONCLUSIONES

1. El índice de mortalidad materna en el Hospital Nacional Santa Elena (0.6815 en 3081) es mayor que el de los Hospitales de San Marcos (0.30) y Huehuetenango (0.35) estudiados anteriormente.
2. La Mayor parte de pacientes fallece antes de 24 horas después de su ingreso a este centro hospitalario.
3. La hemorragia si es factor importante y ocupa el segundo lugar en orden en este hospital después de la infección.
4. El 85.71 o/o de las pacientes fallecidas no tenían control prenatal
5. La totalidad de las pacientes que procedían del área rural no tenían control prenatal.
6. En ninguna de las pacientes fallecidas por causa materna se ha practicado necropsia en los últimos 6 años. Para confirmar diagnóstico.
7. El aborto no es causa importante de mortalidad aunque si de morbilidad en éste hospital.
8. La mayor parte de muertes por causa materna no pudo haber sido prevenida con un adecuado control y asistencia pre y trans natal.

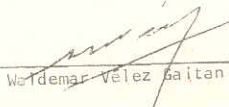
RECOMENDACIONES

1. Pregonar por parte de los servicios de salud la importancia de un adecuado control pre natal.
2. Tratar de disminuir el empirismo entre las personas que de una u otra forma tiene relación con problemas obstétricos.
3. Se recomienda al personal hospitalario que haga conciencia de la importancia de un adecuado uso de sus recursos en las primeras 24 horas ya que la mayoría de las pacientes fallecieron en ese lapso de tiempo.
4. Que se trate de realizar estudios como necropsias en las pacientes fallecidas para confirmar sus diagnósticos.
5. Tratar de mantener comunicación con otros servicios de salud tales como centros y puestos para una mayor eficacia en la atención.
6. Tomar en cuenta que gran cantidad de pacientes obstétricas ya han sido manipuladas aunque no haya un estudio sobre lo mismo que así lo confirme.
7. Tratar de aumentar su cobertura a pesar de la escasés de recursos con que se cuenta.

BIBLIOGRAFIA

1. **OBSTETRICIA.**
Schwarcz, Sala Duverges.
Librería El Ateneo Editorial.
Tercera Edición.
2. **OBSTETRICIA.**
Williams.
Salvat Editores, S.A.
Mallorca 43. Barcelona, España.
Impreso en México.
Primera Edición 1973.
3. **MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SAN MARCOS.**
García G. de Crocker, Ana Lissette de María.
Tesis de Graduación USAC 1979.
4. **MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE HUHUTENANGO.**
Mejía Gonzáles, Erwin Anibal.
Tesis de Graduación USAC 1978.
5. **MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT.**
Comparini, Rolando.
Tesis de Graduación USAC 1969.
6. **MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT.**
Corsantes, César A.
Tesis de Graduación USAC 1962.
7. **MORTALIDAD MATERNA EN LA CIUDAD DE GUATEMALA.**
Ortega, Moisés.
Tesis de Graduación USAC 1942.

Br.


Waldemar Velez Gaitan

Dr.

Asesor,


Dr. Guillermo Crocker Córdova

Dr.


Revisor,

Dr. German Rudy Aguilar Cifuentes.

Dr.


Director de Fase III

Dr. Héctor Nuila

Dr.


Secretario

Dr. Raúl A. Castillo Rodas

Vo. Bo.


Dr.

Decano,

Dr. Rolando Castillo Montalvo.