

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**"MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO
Y LA MUJER DEL PERIODO DE ENERO DEL 2007 A DICIEMBRE DEL 2011"**

TESIS

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

**Med. Gral. ANA KAREEN SÁNCHEZ GASCA
EXPEDIENTE 176397**

DIRIGIDO POR:

Med. Esp. CARLOS ARTURO REBOLLEDO FERNÁNDEZ

C.U. SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. ENERO 2012



Universidad Autónoma de Querétaro
 Facultad de Medicina
 Especialidad de Ginecología y Obstetricia

“MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER DEL PERIODO DE ENERO DEL 2007 A DICIEMBRE DEL 2011”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de la
 Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Presenta:

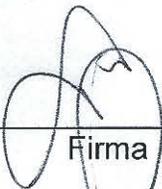
Med. Gral. Ana Karen Sánchez Gasca

Dirigido por:

Med. Esp. Carlos Arturo Rebolledo Fernández

SINODALES

Med. Esp. Carlos Arturo Rebolledo Fernández
 Presidente


 Firma

M. en C. Genaro Vega Malagón
 Secretario


 Firma

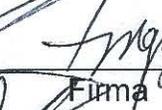
Med. Esp. Ana Cecilia Ayala Tejada
 Vocal


 Firma

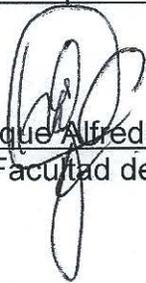
Med. Esp. Luis Nelson Bautista García
 Suplente


 Firma

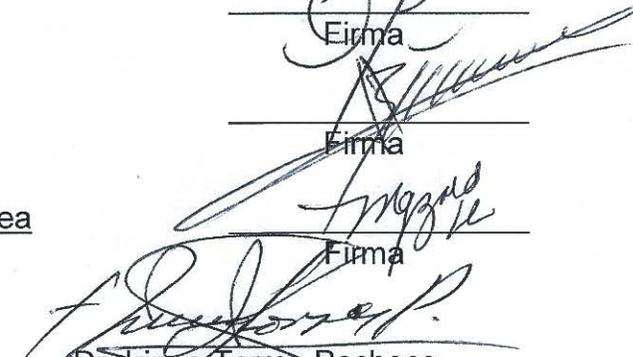
Dra. en C. Guadalupe Zaldívar Lelo de Larrea
 Suplente


 Firma

Med. Esp. Enrique Alfredo López Arvizu
 Director de la Facultad de Medicina



Dr. Irineo Torres Pacheco
 Director de Investigación y Posgrado



Centro Universitario
 Querétaro, Qro.
 Enero 2012
 México

RESUMEN

Introducción: La muerte materna es definida como “la muerte de una mujer durante la gestación, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”. Las causas se agrupan en “directas” e “indirectas”. **Objetivo:** Determinar la mortalidad materna en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer del periodo de Enero 2007 a diciembre del 2011. **Metodología:** se desarrolló un estudio descriptivo y transversal con los expedientes de las pacientes con muerte materna en el periodo de enero 2007 a diciembre 2011 en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer. Se utilizó estadística descriptiva realizando medidas de tendencia central y usando el programa estadístico SPSS-P3, versión 17. **Resultados:** en los 5 años de análisis de la mortalidad materna se obtuvo 33 muertes de las cuales 7 en el año 2007, 8 en el 2008, 7 en el 2009, 4 en el 2010 y 7 en el 2011, con un promedio de edad de 28 ± 6.6 años, 14 pacientes casadas, 15 pacientes con primaria, 27 pacientes dedicadas al hogar, 17 multigestas, 18 se realizó cesárea, 22 llevaron control prenatal, 17 no tenía derechohabiencia, 12 pacientes con causa de defunción de hemorragia obstétrica, 9 preeclampsia severa-eclampsia y 7 sepsis. **Conclusiones:** se obtuvieron 33 defunciones maternas en el periodo de 5 años, lo cual corresponde a una tasa de mortalidad materna por 1000 nacimientos de 0.644, el 42.42% eran casadas, el 45.45% tenían primaria, el 81.81% se dedicaban al hogar, el 51.51% eran multigestas, el 54.54% se realizó cesárea, el 66.66% tuvo control prenatal, el 51.51% no tenía derechohabiencia, el 36.36% la causa de defunción fue hemorragia obstétrica, el 27.27% preeclampsia severa-eclampsia y el 21.21% fue sepsis.

(Palabras clave: muerte materna, causas directas e indirectas)



SUMMARY

Introduction: Maternal death is defined as “the death of a woman during pregnancy, childbirth or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the duration and site of pregnancy, from any cause related to or aggravated by the pregnancy or its management but not from accidental or incidental causes.” Causes are grouped as “direct” or “indirect”. **Objective:** To determine maternal mortality in the Hospital for Children and Women (HENM, from its initials in Spanish) from January 2007 to December 2011. **Methodology:** A descriptive and transversal study was developed with records of patients with maternal death in the HENM from January 2007 to December 2011. Descriptive statistics were used carrying out central tendency measurements and using the SPSS-P3, version 17, statistical program. **Results:** In the 5-year analysis of maternal mortality, there were 33 deaths, of which 7 were in 2007, 8 in 2008, 7 in 2009, 4 in 2010 and 7 in 2011. The average age was 28 ± 6.6 , 14 married patients, 15 patients with elementary school education, 27 patients who were housewives, 17 multigravida, 18 who underwent cesarean section, 22 had prenatal care, 17 had no medical coverage, 12 patients with death due to obstetric hemorrhage, 9 severe preeclampsia-eclampsia and 7 sepsis. **Conclusions:** There were 33 maternal deaths in the 5 year period, which corresponds to a maternal mortality rate per 1000 births of 0.644; 42.42% were married, 45.45% had an elementary school education, 81.81% were homemakers, 51.51% had no medical coverage, 36.36% died from obstetric hemorrhage, 27.27% had severe preeclampsia-eclampsia and 21.21% died from sepsis.

(**Key words:** Maternal death, direct and indirect causes)



DEDICATORIAS

A mi madre:

Por ser siempre para mí un ejemplo de superación y constancia, de empeño y disciplina, de entusiasmo y éxito.

Por todo el amor y el apoyo que incondicionalmente me brinda.

Por el calor y la sonrisa que siempre tuvo cuando yo la necesitaba.

A mi esposo:

Por la paciencia, comprensión y apoyo que incondicionalmente me ofrece.

Por el amor que es capaz de demostrarme.

Por darme fuerza para salir adelante cuando tropiezo.

AGRADECIMIENTOS

A todos los médicos maestros del Hospital:

Por dejar huella, por la formación, compañía y el apoyo brindado desinteresadamente, por la paciencia de muchos, por el oído que muchos me brindaron, por los regaños de algunos que me han ayudado a tener diferentes visiones de las cosas.

Por ser parte de esta historia.

A todos aquellos que tiene un lugar en mi corazón y que me han enseñado los significados de la vida.

A todas las personas que contribuyeron directa e indirectamente para la realización y termino de este proyecto.

GRACIAS!!!!

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
Índice de figuras	viii
I. INTRODUCCION	1
II. REVISION DE LITERATURA	3
III. METODOLOGIA	16
IV. RESULTADOS	17
V. DISCUSION	45
VI. CONCLUSIONES	50
VII. LITERATURA CITADA	52

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
4.1	Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Edad	27
4.2	Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Domicilio y Jurisdicción Sanitaria de Querétaro	28
4.3	Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Estado Civil	31
4.4	Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Escolaridad	32
4.5	Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Ocupación	33
4.6	Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Gestas	34
4.7	Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Evento obstétrico	35
4.8	Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Referidas	36

4.9	Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Control Prenatal	39
4.10	Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Derechohabiencia	40
4.11	Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Causa de defunción	41

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura	Página
4.1 Promedio de edad de las defunciones maternas del año 2007 a 2011	27
4.2.1 Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Domicilio de acuerdo a Jurisdicción Sanitaria de Querétaro	29
4.2.2 Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Domicilio	30
4.3 Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Estado civil	31
4.4 Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Escolaridad	32
4.5 Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Ocupación	33
4.6 Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Gestas	34
4.7 Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Evento Obstétrico	35
4.8.1 Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Referidas por Jurisdicción Sanitaria de Querétaro	37
4.8.2 Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Referidas	38
4.9 Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Control prenatal	39

4.10 Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Derechohabiencia	40
4.11 Mortalidad materna en el año 2007 a 2011. Causa de defunción	42
4.12 Número de defunciones por año	43
4.13 Nacimientos atendidos en los años 2007 al 2011	43
4.14 Tasa de mortalidad materna por cada 1000 nacimientos en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de los años 2007 al 2011	44

I. INTRODUCCIÓN

El indicador “Muerte Materna” incluye a las fallecidas durante el embarazo, el parto y el puerperio; defunciones que ocurren entre la concepción y hasta 42 días después del parto. Alrededor de diez meses y medio en los que toda embarazada vive riesgos y molestias que no tendrían porque terminar con la vida de ninguna mujer, pues la Organización Panamericana de la Salud estima que el 95% de las muertes maternas podrían evitarse si las mujeres accedieran a servicios de salud, si éstos fueran de calidad y si todas las embarazadas recibieran atención prenatal.

Hoy, morir “de parto”, por trastornos hipertensivos del embarazo, de hemorragia durante el parto o el postparto, de parto obstruido o fiebre puerperal, por complicaciones de un aborto, es causa injustificada para que una mujer fallezca.

Considerando que los distintos niveles de gobierno tienen el compromiso de respetar y garantizar los derechos humanos, el derecho a la salud y los derechos reproductivos, la evitabilidad de los decesos maternos convierte a éstos automáticamente en un problema de salud pública y de justicia social que debe afrontar el gobierno en sus distintos niveles, pues los estudios realizados hasta ahora muestran que si bien el proceso reproductivo representa riesgos para todas las mujeres, no todas lo sufren en el mismo grado.

Las muertes maternas se asocian a cualquier causa relacionada o gravada por el embarazo, no cuentan aquí las causadas por accidentes o incidentes. Las muertes maternas pueden ser: obstétricas directas, que resultan de complicaciones del embarazo, parto o puerperio; y obstétricas indirectas, que resultan de patologías existentes antes del embarazo y que fueron agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Son las mujeres no derechohabientes, las de escasos recursos económicos, con deficiencias nutricionales y bajo grado de escolaridad; las mujeres campesinas, indígenas y monolingües; las que habitan en zonas rurales, de difícil acceso o en zonas marginadas de las ciudades; las que desconocen sus derechos reproductivos; las adolescentes, las mujeres solas que se embarazan; las migrantes; las que tienen una posición más subordinada ante sus parejas, en sus familias, en sus comunidades y en la sociedad nacional; las que sufren de violencia en sus múltiples facetas; son precisamente ellas, las que comparten estos rezagos sociales, estos problemas y tipos de discriminación, quienes más mueren durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Este trabajo muestra un análisis de las muertes maternas en un periodo de 5 años, se obtuvo la información para conocer las principales causas de mortalidad materna, la jurisdicción sanitaria que mayor referencias hace al Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer y el porcentaje de éstas referencias que sólo llegan a morir a la unidad, es decir que llegan en malas condiciones, y que sólo aumentan las tasas de mortalidad materna de la unidad.

Objetivo General:

Determinar la mortalidad materna en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer del periodo de Enero 2007 a diciembre del 2011.

Objetivos Específicos:

- Determinar la tasa de mortalidad materna en el Hospital de especialidades del Niño y la Mujer.
- Determinar las causas más frecuentes de mortalidad materna en el Hospital de Especialidades del Niño y la mujer en los últimos 5 años.
- Determinar la edad promedio de mortalidad materna en el hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.
- Determinar la localidad con mayor mortalidad materna.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

Desde 1987 se vienen realizando grandes esfuerzos para describir la magnitud y la etiología de la mortalidad materna. Se han utilizado los datos obtenidos para persuadir a las instancias normativas y a los donantes de que consideren la maternidad sin riesgo como una prioridad de salud pública (Rooks, 1990; Maine, 1992; Tinker, 1993; Berer y cols., 1998; Family Care International, 1998; Stars, 1998; Maine, 1999; Sloan, 2001)

En la actualidad, se cuenta con evidencia de que las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud, sin embargo, el enfoque para tratar de resolverlo continúa siendo básicamente médico. Que muchas veces ocurren por la falta de acceso a los beneficios de la medicina moderna o por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo, del parto o del puerperio. Esta multiplicidad de factores de riesgo asociados a ellas no sólo complejizan las acciones del sector salud dirigidas a acabar con las muertes maternas, sino que, además, dificultan los resultados esperados. (Stars, 1998; Sloan, 2001; Sesia, 2005; Karam, 2007)

Se requiere considerar que cuando una mujer joven se embaraza marca, entre otras cosas, el inicio de una responsabilidad económica y social a largo plazo para la cual estas mujeres cuentan con pocos recursos, lo que, aunado a las limitadas oportunidades laborales, que con el embarazo se limitan todavía más, favorece un círculo vicioso cada vez más arraigado de pobreza. (CONAPO, 2000; Lalinde, 2002; Herrera, 2003; Díaz, 2006; Karam, 2007)

Hasta las últimas dos décadas es que la muerte materna toma importancia en los esquemas de salud, en nuestro país y a nivel mundial. No obstante las repercusiones sociales, económicas y políticas que este hecho representa, el enfoque para tratar de resolverlo continúa siendo básicamente

médico, es decir considerando las causas clínicas y sin tomar en cuenta otros determinantes que pueden estar vinculados, en particular, los de tipo social y económico. (Lozano, 1994; García, 1996; Campos, 1997; Acosta, 1999; Freyermuth, 1999; Karam, 2007)

La muerte materna es definida como “la muerte de una mujer durante la gestación, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”. Las causas que subyacen a una muerte materna son básicamente de carácter médico y se agrupan en “causas directas”, entre las que destacan la preeclampsia y la eclampsia, además de las hemorragias, abortos y las infecciones. El otro grupo de causas son las indirectas, que son producidas como resultado de una enfermedad preexistente o de una enfermedad que se desarrolló durante el embarazo, el parto o el puerperio, pero que fue agravada por la adaptación fisiológica materna del embarazo, como puede ser una diabetes o enfermedades cardíacas, pulmonares, etc. Desde el punto de vista médico, la enorme mayoría de estas causas pueden detectarse oportunamente y tratarse con eficacia. Por lo que dada la evitabilidad de las muertes maternas, éstas debieran ser consideradas, como ya algunos autores han referido, objeto de la máxima preocupación social, pues constituyen una expresión de desventaja de los sectores sociales de dónde la madre proviene. (CONAPO, 2000; Sesia, 2005; Karam, 2007)

Según el CIE-10 la defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y del sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo a su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (CIE-10, 2010)

Defunción materna tardía: es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de 1 año de la terminación del embarazo. (CIE-10, 2010)

Defunción relacionada con el embarazo: es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de defunción. (CIE-10, 2010)

Defunciones obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. (CIE-10, 2010)

Defunciones obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por efectos fisiológicos del embarazo. (CIE-10, 2010)

La muerte materna representa una tragedia, pues implica que por cada mujer que muere, muchos más sufrirán una serie de consecuencias que tendrán repercusiones en el resto de su vida, entre otras, la pérdida de una mujer joven por causas que, en una enorme mayoría de los casos pueden prevenirse; condena a la orfandad a niños pequeños y destruye una familia. Con frecuencia, entre sus repercusiones se cuenta el incremento en la morbi-mortalidad infantil, la deserción escolar, la desintegración de la familia y el ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo. Otro componente de esta tragedia que representa la muerte materna es que esas mujeres no mueren como consecuencia de alguna enfermedad, sino durante el proceso normal de procreación de un ser humano. La mortalidad materna es considerada como un indicador de la inequidad y desigualdad en el ámbito social de la humanidad, así como de la situación que la mujer guarda en la sociedad y en cuanto al acceso a los servicios de salud,

sociales, de alimentación y de oportunidades económicas. (Goobdum, 2001; Ruíz, 2004; Ronsmans, 2006; Velasco y cols., 2006; Karam, 2007)

En efecto, en los albores del siglo XXI, de las aproximadas 600 mil defunciones maternas registradas cada año en todo el mundo, 98% sigue ocurriendo en los países en desarrollo. De esta manera, mientras que naciones industrializadas como Canadá, Estados Unidos de América y la mayoría de los países europeos registran tasas de mortalidad materna inferiores a 15 por 100 mil nacidos vivos, en África y el Continente Americano no son infrecuentes cifras 10 a 100 veces más elevadas. Por ello, no nos sorprende que las cifras de mortalidad materna se consideren indicadores fidedignos del grado de desarrollo económico y social de los países, así como de las condiciones de equidad o inequidad entre los géneros. (Torres, 2000; Goobdum, 2001; Karam, 2007)

La mortalidad materna en el mundo en desarrollo comparte ciertas características comunes: en su mayoría es obstétrica directa, se vincula con la insuficiente educación de la población para el uso oportuno de los servicios médicos ante datos de alarma de complicaciones obstétricas; finalmente, se agrava por la insuficiente accesibilidad a la atención obstétrica ambulatoria y hospitalaria, así como por la calidad limitada de esta última. (Rooks, 1990; CONAPO, 2000; Díaz, 2006; Karam, 2007)

La situación de la mortalidad materna en México reúne todas las características anteriores, aunque resulta innegable que ha experimentado una disminución notable en las últimas cinco décadas. De acuerdo con las estadísticas oficiales al respecto, ha pasado de más de 100 por cada 100 Medicina Social (www.medicinasocial.info) 206 volumen 2, número 4, octubre de 2007 mil nacidos vivos en 1950, a tasas de aproximadamente 75 para el año 2000. No obstante, tales cifras son de 5 a 10 veces superiores a las de los países industrializados de nuestro continente o de aquéllos con mayor desarrollo de sus sistemas nacionales de salud, como Cuba y Costa Rica. El Estado de México, curiosamente, aún

cuando es considerado como uno de los de mayor ingreso, de acuerdo con datos del INEGI, para el período comprendido del 2003 al 2005 ocupaba el último lugar en cuanto a personal médico y de enfermería por 100 000 habitantes; sin embargo, en cuanto a médicos especialistas en gineco-obstetricia era el primero. En lo que se refiere a camas censables, la misma fuente hace referencia a un promedio de poco más de seis mil camas, que hacen que este estado se ubique en los últimos lugares en cuanto a camas censables por 100 000 habitantes. Si bien es comprensible la situación de la gran población que vive en el Estado de México, estos datos son relevantes para comprender mejor la ocurrencia de muertes maternas en dicha entidad. (Karam, 2007)

El análisis de la mortalidad, además de un ejercicio histórico, se ha convertido en un instrumento de vigilancia epidemiológica y de evaluación oportuna de los programas de salud. La autopsia verbal ha sido usada para describir las causas de las muertes maternas, infantiles y de adultos por patologías infecciosas en los países donde los registros son deficientes y donde las causas del fallecimiento suelen estar mal consignadas. Se basan en entrevistas a la familia y a miembros de la comunidad que observaron incidentes relacionados con la muerte y podría ser la única información disponible, especialmente en el caso de las mujeres que dan a luz en sus hogares. (Tinker, 1993; Sloan, 2001; Briones, 2006; Montesano y cols., 2009). Se dice que la autopsia verbal es el proceso de entrevistar a parientes y/o amistades de la persona que falleció para descubrir las circunstancias y la causa de su muerte, es decir que resulta ser un instrumento útil para la comprobación de los casos y la ampliación de la información relacionada con las causas de la muerte. Es una estrategia de vigilancia epidemiológica de gran utilidad en el quehacer de la salud pública, un instrumento de estudio del proceso enfermedad-atención-muerte. La autopsia verbal, está normada por la Secretaría de Salud, y evalúa las causas de muerte mediante interrogatorio directo a familiares o personas cercanas al individuo fenecido. El objetivo que se persigue es reconstruir los factores (determinantes) familiares, personales y comunitarios que rodearon el

fallecimiento de una mujer que murió por causas maternas. (Laine, 1992; Tinker, 1993; Stars, 1998; Sloan, 2001; Ruíz, 2004; Karam, 2007)

Partiendo de los datos de autopsias verbales e historias clínicas hospitalarias, se ha estimado que aproximadamente el 25% de las muertes maternas se deben a hemorragias, el 15% a infecciones, el 12% a hipertensión gestacional y el 8% a partos obstruidos. Se piensa que el 13% se asocian a abortos, mientras que el 28% se atribuyen a otras causas directas e indirectas, como el paludismo y la anemia. (Laine, 1992; Tinker, 1993; Stars, 1998; Sloan, 2001; Ruíz, 2004; IMSS, 2005).

Esta información se ha utilizado también para identificar medidas que puedan reducir eficazmente la mortalidad materna. Se ha prestado especial atención a la asistencia obstétrica de urgencia, porque los trastornos médicos a los que se atribuye la mayor parte de la mortalidad materna suelen acontecer durante el periodo perinatal y no es posible predecirlos con exactitud (IMSS, 2005).

Se han utilizado las historias verbales y los datos de los certificados de defunción para describir las causas de la mortalidad materna en los países en desarrollo. (Karam, 2007)

La clasificación etiológica de la mortalidad materna según causas médicas únicas probablemente no sea útil para identificar prioridades programáticas encaminadas a salvar las vidas de las mujeres. Esta constatación coincide con la opinión de la OMS, según la cual la identificación de múltiples causas de defunción facilita la determinación de prioridades en los programas. (Sloan, 2001; Díaz, 2006).

La mortalidad materna es un indicador internacionalmente aceptado para evaluar los progresos en la lucha por eliminar la desigualdad social. (Díaz, 2010)

En el mundo se producen más de 500,000 muertes maternas cada año. Alrededor del 99% de esas muertes ocurren en los países en vías de desarrollo. Una de cada 48 mujeres en los países en vías de desarrollo tiene posibilidades de morir por causas relacionadas con el embarazo. En contraste, en los países desarrollados la relación es de 1 a 1,800. La Mortalidad Materna en México se concentra entre la población que no tiene acceso a la seguridad social y en las áreas de mayor marginalidad. (Díaz, 2010)

En el año 2001 se produjeron en México 1,707 defunciones por mortalidad materna. Esto quiere decir que cerca de 5 mujeres murieron diariamente en nuestro país debido a complicaciones en el embarazo, el parto o el puerperio (es decir, una tasa de 4.53 por cada 10 mil nacidos vivos registrados). (Díaz, 2010)

En el año 2000, el 67.3% de las muertes maternas registradas se concentró en los estados del sur y sureste del país, donde un significativo número de habitantes carece de seguridad social, vive en condiciones de pobreza extrema en zonas rurales, y es indígena. (Briones, 2006; Rodríguez y cols., 2006; Gómez y cols., 2007)

Las conferencias internacionales de El Cairo y Beijing establecieron como meta para el año 2000 reducir la tasa de mortalidad materna a la mitad de la que había en 1990. México no logró cumplir esa meta. Pasó de una tasa de 5.4 a 4.68 (por 10 mil nacidos vivos registrados), sin alcanzar la tasa de 2.7. En 1999, algunos estados -entre otros Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Tabasco y Veracruz- registraron niveles de mortalidad por encima del valor nacional de 1990. (Díaz, 2010)

A partir de diferentes estudios realizados en el país, se estima que existe un subregistro de la mortalidad materna del 40%, sobre todo en el caso de zonas

marginadas o con población indígena. (Briones, 2006; Gómez y cols., 2007; Díaz, 2010)

La mortalidad materna es un problema que puede evitarse. Su prevención depende directamente de la cobertura y la calidad de los servicios de salud. La atención que se requiere para evitar la mortalidad materna consiste en: Sencillos métodos y prácticas basados en el seguimiento médico continuo. Traslado efectivo y oportuno de las mujeres al segundo nivel de atención. Acceso real de las mujeres a los servicios de emergencia. Bancos de sangre y personal disponible las 24 horas. (Díaz, 2010)

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 establece que la mortalidad materna es un problema de salud pública, y la define como un indicador sectorial estratégico de desempeño y resultado. Por su parte, el 2° Informe de Labores de la Secretaría de Salud considera que la salud materna constituye uno de los cinco problemas de alta prioridad para el sector salud. Sin embargo, el informe Salud: México 2001. Información para la rendición de cuentas, publicado por la SSA en 2002, no incluye el indicador de la mortalidad materna entre los 65 indicadores sobre los que se basa. Este hecho resulta alarmante, porque refleja que el sector salud no considera las muertes maternas como un problema prioritario o que se contradice. (Ruíz, 2004; Díaz, 2010)

Del total de las mujeres que murieron en México a causa de complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio durante el año 2000, el 65% no estaba asegurada, el 26.3% era derechohabiente del IMSS y el 4.6% del ISSSTE. (Díaz, 2010)

Los servicios de salud que pueden contribuir a prevenir la mortalidad materna y que el Sistema de Salud ofrece a las mujeres que viven en condiciones

de pobreza, están integrados en un Paquete Básico de Servicios de Salud. El Banco Mundial define este paquete como un conjunto mínimo de servicios de salud que deben otorgarse a toda la población, en respuesta a sus necesidades prioritarias. En el año 2002 este paquete básico se brindó a través de los siguientes programas: IMSS-Solidaridad, el componente de salud de Oportunidades, el Programa para la Atención a la Salud de la Adolescencia, el Programa Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas, el Programa Arranque Parejo en la Vida (APV) y el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). El PAC es el programa que permite identificar con mayor precisión los resultados de la atención a la mortalidad materna, porque comenzó a aplicar un nuevo modelo de atención a la salud de las poblaciones marginadas desde 1996. Además incorpora acciones específicas de atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, uno de cuyos objetivos es reducir la mortalidad materna e infantil durante el periodo perinatal. El modelo del PAC ha sido instrumentado posteriormente por otros programas como una política de salud. (Díaz, 2010)

El problema estriba en la dispersión de la población marginada y en las grandes distancias. Como resulta prácticamente imposible colocar a un médico 24 horas diarias en cada localidad, el desafío reside en hacer llegar a las personas a las clínicas y hospitales, especialmente cuando se trata de urgencias médicas. (Briones, 2006; Rodríguez y cols., 2006, Díaz, 2010)

Los estados con recursos per cápita más bajos son también los que presentan las tasas más altas de mortalidad materna: Chiapas, Guerrero, Veracruz, México, Oaxaca e Hidalgo. (Rodríguez y cols., 2006, Díaz, 2010)

En nuestro país los niveles de mortalidad general se han reducido en forma significativa. Muestra de ello es que la esperanza de vida al nacer ahora es de 75 años; sin embargo, esta cifra es aún un lustro de la observada en los países desarrollados como Japón. Además en México se presentan enormes diferencias entre estados y grupos sociales: a mayor pobreza mayor mortalidad. Incluso hay

estratos de población por edades que son atacados de manera más aguda por la mortalidad. (Rodríguez y cols., 2006). En el mundo hay una muerte marterna cada minuto y el 99% ocurre en países en vías de desarrollo. En México apunta Aguirre la tasa de mortalidad materna es de 110 defunciones por cada 100000 nacidos vivos: casi 25 veces superior a la de Noruega, 35 veces superior a la de Irlanda (Díaz, 2010)

En nuestros antepasados la mortalidad de una mujer durante el parto daba origen a grandes honores. Una mujer muerta en el momento de parir tenía las mismas distinciones que un guerrero muerto en batalla. De alguna manera esta creencia está ligada a la multiplicación y preservación de la especie. Podríamos decir que los aztecas tenían una política pronatalista. (Rodríguez y cols., 2006)

La muerte materna es un asunto que rebasa el ámbito de salud y alcanza incluso el de los derechos humanos y la justicia social; tiene repercusiones negativas de orden económico y social para la familia, la comunidad y la nación. De hecho, constituye uno de los indicadores de desarrollo social. (Montesano y cols., 2009)

La muerte de una mujer por causas relacionadas con el embarazo no puede ser agrupada o comparada con otros problemas de salud, ya que no es una enfermedad. Por lo tanto, la obligación de nuestra sociedad de prevenir la muerte materna es prioritaria y debe incluir diversos sectores sociales y gubernamentales y no exclusivamente al sector salud, ya que en la mayoría de las ocasiones, sobre todo en los países en desarrollo, la muerte materna es prevenible. (Briones, 2006; Rodríguez y cols., 2006)

Las altas tasas de muerte materna están relacionadas con factores inherentes a los países en desarrollo o subdesarrollo. En el año 2000, el promedio de la tasa de muerte materna en todo el mundo fue de 400 por 100 mil nacidos

vivos y la mayor mortalidad se presentó en esos países. El desglose por regiones muestra que la tasa más elevada se registró en África (830), seguida por Asia (330), excluido el Japón; Oceanía (240), con excepción de Australia y Nueva Zelanda; América Latina y el Caribe (190), y los países desarrollados (42). De las 529 mil defunciones maternas que según estimaciones se produjeron en 2000, 95 % ocurrió en África y Asia, mientras que 4 % (22 000) se registró en América Latina y el Caribe, y menos de 1 % (2500) en las regiones más desarrolladas del mundo. (Briones, 2006)

Múltiples estudios y experiencias a nivel internacional y Latinoamérica, han demostrado que existen estrategias e intervenciones que pueden reducir el número de muertes maternas. En 1990, en la XXIII Conferencia Sanitaria panamericana se acordó fortalecer el plan regional para la reducción de la mortalidad materna, ya que en Guatemala y varios países centroamericanos la mortalidad continuaba alta. Las estrategias propuestas fueron: 3 a) mejorar las condiciones de salud de la mujer, mediante el incremento y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud reproductiva; b) desarrollar la capacidad y calidad del sistema de entrega de atención, a través del fortalecimiento del primer nivel de referencia; c) fortalecer la capacidad de respuesta para la atención de las emergencias y complicaciones obstétricas; d) promover el conocimiento y la participación social en las acciones para una maternidad segura; e) desarrollar y fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, entre otros. Entre las acciones de salud en diversos países hasta ese año se identificaban: la prevención de embarazos no planeados, detección temprana de los factores de riesgo durante el control prenatal, mejora en la atención durante el parto y puerperio, aseguramiento del tratamiento oportuno de las complicaciones y los sistemas de monitoreo y evaluación a nivel institucional e intersectorial de la calidad en la atención de la mujer embarazada. (Díaz, 2006; Montesano y cols., 2009)

En la Conferencia del 4 de noviembre de 2003 en el XVII Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia FIGO 2003, se comentaron las tasas que la Organización Mundial de la Salud informó en 1995 y los resultados logrados en diferentes países: la mortalidad materna en países latinoamericanos continuaba elevada, como en Bolivia con 390 y Perú con 185 por 100 mil nacidos vivos; mientras que otras naciones alcanzaron reducciones sustanciales como Chile con 18.7 y Uruguay con 28. México tuvo 76.9 durante 2002, que en 2004 disminuyó a 62.6. (Torres, 2000; Briones, 2006; Díaz, 2006; Montesano y cols., 2009; Langer, 2010)

Para 2004, los centros asociados al CLAPOPS, refirieron que en Colombia se presentaron 104.9 fallecimientos por 100 mil nacidos vivos, cifra elevada para el desarrollo de ese país. Costa Rica tuvo una tasa de 11.2, Venezuela de 67.2 y Canadá la más baja: 2.5 muertes por 100 mil nacidos vivos. Se indicaron cuatro retrasos en la atención materna que influyen en los índices de mortalidad: *a)* en conocer los signos y síntomas de las complicaciones; *b)* en asistir a un centro de atención en salud cuando la gestante presenta complicaciones; *c)* en la prestación de los servicios de urgencias por parte de los prestadores de salud; *d)* en la prestación de servicios de calidad. En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, que atiende a 42 % de la población, reportó en 2004 una tasa de mortalidad materna en su población derechohabiente de 27.5 por 100 mil nacidos vivos, cifra que contrasta con 39 registrada en 2000. Estos resultados probablemente constituyen el reflejo de una mejor respuesta de la organización médica institucional en relación con la oportunidad y calidad de la atención materna. Según el Programa “Arranque Parejo”, de 2000 a 2003 se pudo observar cambios a la baja en la tasa materna por 100 mil recién nacidos vivos: para Guanajuato y el país, respectivamente, en 2000 fue de 43 y 72.6; en 2001, de 30 y 70.8; en 2002, de 46 y 63.9; en 2003, de 40.5 y 65.2. Para 2001 y 2002, el IMSS presentó en la Delegación Guanajuato un incremento en la tasa de mortalidad materna de 24 a 36.9 por 100 mil nacidos vivos, mientras que a nivel nacional se informó una media de 36.6 y 30.1, respectivamente. Este incremento

generó una reacción directiva y organizacional en toda la Delegación en Guanajuato, a fin de abatir esas tasas. (Torres, 2000; Elu, 2004; Langer, 2010)

En la literatura se informan múltiples factores asociados a la muerte materna, por ejemplo, los bajos ingresos económicos de las mujeres. En Latinoamérica, Guatemala y Nicaragua se observa mayor mortalidad en el medio rural, mujeres analfabetas y con pobreza o pobreza extrema, falta de oportunidad de empleo, tradicionalismos en los roles de género, poco poder de la mujer, además del deficiente acceso a los servicios de salud, que se suman para propiciar mayor mortalidad en estas áreas. Las causas de muerte varían según la región: en África, la hemorragia causa la tercera parte de las muertes maternas y en Latinoamérica son los desórdenes hipertensivos, aunque también de acuerdo a la región se reporta sepsis, complicaciones del trabajo de parto (obstrucción) y del aborto. En los países donde los programas de salud materna han dado buenos resultados, se menciona que otro factor influyente en la disminución de la muerte materna es la atención de todas las mujeres por personal de salud competente durante el embarazo y el parto, así como la facilitación del acceso a atención médica de emergencia cuando se presentan las complicaciones. También se ha señalado que la mayor parte de las defunciones y discapacidades maternas se producen por demoras en una o más de las tres circunstancias siguientes: el reconocimiento de las complicaciones, la llegada al centro médico o la prestación de atención de buena calidad. Los esfuerzos por prevenir éstas son esenciales para salvar las vidas de las madres y sus recién nacidos. (Díaz, 2006; Montesano y cols., 2009; Langer 2010)

III. METODOLOGÍA

El estudio fue de tipo descriptivo y transversal.

El universo incluyó todos los expedientes de pacientes con muerte materna que ocurrieron dentro del periodo de enero del 2007 a diciembre del 2011 en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.

Los criterios de inclusión fueron:

Muerte materna en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer en el periodo de enero 2007 a diciembre 2011.

Los criterios de eliminación fueron:

Muerte dentro del embarazo, parto o puerperio de causa accidental o incidental.

De los casos que cumplieron los criterios de inclusión se tomó información de los expedientes clínicos, de los certificados de defunción y de los informes de juntas del comité de mortalidad materna; esta información consistió en la fecha de defunción, edad de la paciente, domicilio, estado civil, escolaridad, ocupación, número de embarazos, partos, cesáreas, abortos, evento obstétrico final, si fue referida o no de otra unidad, diagnóstico de defunción y si contaba con alguna derechohabencia.

Posteriormente los resultados fueron agrupados en una tabla para su análisis estadístico y dado que es un estudio descriptivo se realizaron medidas de tendencia central, obteniendo medias, desviaciones estándar, frecuencias y porcentajes; y los resultados se mostraron utilizando gráficas obtenidas del programa estadístico SPSS-P3, versión 17. Para su análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva con medidas de tendencia central (media, mediana y moda), tasas, porcentajes, y medidas de dispersión (desviación estándar y rango).

IV. RESULTADOS

En el año 2007:

Se tuvieron 7 defunciones, de las cuales se obtuvo un promedio de edad: 31 ± 6.8 años, la edad mínima fue de 18 años, la edad máxima de 38 años. (Tabla y gráfica 4.1, Gráfica 4.12) Con una tasa de mortalidad materna de 0.727 por cada 1000 nacimientos. (Gráfica 4.14)

En cuanto a domicilio 2 fueron de Querétaro, 2 se desconoce su domicilio, 1 de Amealco, 1 de Guanajuato, 1 de Michoacán. (Cuadro 4.2, Gráfica 4.2.1 y 4.2.2). El 28.57% corresponde a la Jurisdicción sanitaria I, el 14.28% a la jurisdicción II, y el 28.57% a otras jurisdicciones sanitarias de estados vecinos y de jurisdicciones desconocidas y el 28.57% se desconoce domicilio.

De acuerdo a su estado civil se obtuvo: 4 (57.14%) casadas, 1 (14.28%) soltera y de 2 (28.57%) se desconoce. (Cuadro y Gráfica 4.3).

En cuanto a su escolaridad se obtuvo: 2 (28.57%) primaria, 1 (14.28%) primaria incompleta, 1 (14.28%) preparatoria, 1 (14.28%) preparatoria incompleta y de 2 (28.57%) se desconoce. (Cuadro y Gráfica 4.4).

De acuerdo a la ocupación: 5 (71.42%) dedicadas al hogar y de 2 (28.57%) se desconoce. (Cuadro y Gráfica 4.5).

De acuerdo al número de embarazos se obtuvo: 3 (42.85%) multigestas, 2 (28.57%) se desconoce el número de embarazos, 1 (14.28%) fue secundigesta y 1 (14.28%) primigesta. (Cuadro y Gráfica 4.6).

Según la vía de resolución del embarazo actual se obtuvo: 4 (57.14%) cesáreas, 2 (28.57%) abortos, 1 (14.28%) parto. (Cuadro y Gráfica 4.7).

De las 7 defunciones en este año 2 pacientes fueron referidas del Hospital de San Juan del Río que pertenece a la jurisdicción sanitaria de Querétaro II, 1 traída por la Cruz Roja, 2 enviadas del medio privado y 2 no referidas de ningún hospital y ni medio. (Cuadro 4.8, Gráfica 4.8.1 y 4.8.2). El 28.57% corresponde a referencias de la jurisdicción II, el 14.28% recibidas por elementos de la cruz roja, el 28.57% enviadas por medio privado y el 28.57% no referidas.

De acuerdo al control prenatal se obtuvo: 4 (57.14%) llevaron control prenatal adecuado, 1 (14.28%) un control prenatal malo o irregular y 2 (28.57%) se desconoce si llevo control prenatal. (Cuadro y Gráfica 4.9).

De acuerdo a la derechohabiencia se obtuvo: 4 (57.14%) de las pacientes no tenían ningún tipo de derechohabiencia, 1 (14.28%) seguro popular y de 2 (28.57%) se desconoce. (Cuadro y Gráfica 4.10).

Según la causa de muerte se obtuvo: 4 (57.14%) hemorragia obstétrica, 1 (14.28%) Cáncer de mama, 1 (14.28%) choque anafiláctico, 1 (14.28%) por sepsis. Todos tomados de acuerdo a la clasificación de CIE-10. (Cuadro y Gráfica 4.11).

En el año 2008:

Se tuvieron 8 defunciones, de las cuales se obtuvo un promedio de edad: 28 ± 4.3 años, la edad mínima fue de 21 años, la edad máxima de 34 años, con un número de años de mayor repetición de 31 años. (Cuadro y Gráfica 4.1, Gráfica 4.12) Con una tasa de mortalidad materna de 0.783 por cada 1000 nacimientos. (Gráfica 4.14)

En cuanto a domicilio 2 fueron de Cadereyta, 1 de Querétaro, 1 de Toluca, 1 de Guanajuato, 1 de San Joaquín, 1 de Peñamiller, 1 de Pedro Escobedo. (Cuadro 4.2, Gráfica 4.2.1 y 4.2.2). El 62.5% corresponden a un domicilio que son atendidos por la jurisdicción sanitaria III, el 12.5% por la jurisdicción sanitaria I, el 12.5% por la jurisdicción sanitaria II y el 12.5% por estados vecinos.

De acuerdo a su estado civil: 4 (50%) en unión libre, 2 (25%) casadas, 1 (12.5%) soltera y de 1 (12.5%) se desconoce. (Cuadro y Gráfica 4.3).

En cuanto a su escolaridad se obtuvo: 3 (37.5%) primaria, 2 (25%) secundaria, 1 (12.5%) primaria incompleta, 1 (12.5%) se desconoce, 1 (12.5%) analfabeta. (Cuadro y Gráfica 4.4).

De acuerdo a la ocupación: 7 (87.5%) dedicadas al hogar y de 1 (12.5%) se desconoce. (Cuadro y Gráfica 4.5).

De acuerdo al número de embarazos se obtuvo: 4 (50%) multigestas, 2 (25%) primigestas, 1 (12.5%) se desconoce el número de embarazos y 1 (12.5%) fue secundigesta. (Cuadro y Gráfica 4.6).

Según la vía de resolución del embarazo actual se obtuvo: 4 (50%) cesáreas, 3 (37.5%) partos y 1 (12.5%) murió embarazada. (Cuadro y Gráfica 4.7).

De las 8 defunciones en este año 5 pacientes fueron referidas del Hospital General de Cadereyta que pertenece a la jurisdicción sanitaria de Querétaro III, 1 traída por la Cruz Roja, 1 referida del Hospital de San José Iturbide y 1 no referida. (Cuadro 4.8, Gráfica 4.8.1 y 4.8.2). El 62.5% es referida de la jurisdicción sanitaria III, el 12.5% traída por el elementos de la cruz roja, el 12.5% referidas de estados vecinos y el 12.5% no referida.

De acuerdo al control prenatal se obtuvo: 5 (62.5%) llevaron control prenatal adecuado, 1 (12.5%) un control prenatal malo o irregular y 2 (25%) se desconoce si llevo control prenatal. (Cuadro y Gráfica 4.9).

De acuerdo a la derechohabiencia se obtuvo: 4 (50%) de las pacientes tenían seguro popular, 3 (37.5%) no tenían ningún tipo de derechohabiencia, 1 (12.5%) se desconoce. (Cuadro y Gráfica 4.10).

Según la causa de muerte se obtuvo: 2 (25%) de hemorragia obstétrica, 2 (25%) de preeclampsia severa-eclampsia, 1 (12.5%) de miocardiopatía periparto, 1 (12.5%) de sepsis, 1 (12.5%) de trauma craneoencefálico severo secundario a accidente automovilístico y 1 (12.5%) de infarto agudo al miocardio. Todos tomados de acuerdo a la clasificación de CIE-10. (Cuadro y Gráfica 4.11).

En el año 2009:

Se tuvieron 7 defunciones, de las cuales se obtuvo un promedio de edad: 26 ± 9 años, la edad mínima fue de 15 años, la edad máxima de 43 años. Con mayor repetición de edad de 29 años. (Cuadro y Gráfica 4.1, Gráfica 4.12) Con una tasa de mortalidad materna de 0.636 por cada 1000 nacidos. (Gráfica 4.14)

En cuanto a su domicilio 2 fueron de Amealco, 2 de Colon, 1 de Ezequiel Montes, 1 de San Juan del Río y 1 de Querétaro. (Cuadro 4.2, Gráfica 4.2.1 y 4.2.2). El 71.42% con domicilio dentro de atención de la jurisdicción sanitaria II, el 14.28% dentro de la jurisdicción sanitaria III y el 14.28% dentro de la jurisdicción sanitaria I.

De acuerdo a su estado civil se obtuvo: 5 (71.42%) en unión libre y 2 (28.58%) casadas. (Cuadro y Gráfica 4.3).

En cuanto a su escolaridad se obtuvo: 4 (57.14%) primaria, 1 (14.28%) secundaria, 1 (14.28%) secundaria incompleta y 1 (14.28%) preparatoria. (Cuadro y Gráfica 4.4).

De acuerdo a la ocupación: 6 (85.71%) dedicadas al hogar y 1 (14.28%) estilista. (Cuadro y Gráfica 4.5).

De acuerdo al número de embarazos se obtuvo: 4 (57.14%) primigestas y 3 (42.86%) multigestas. (Cuadro y Gráfica 4.6).

Según la vía de resolución del embarazo actual se obtuvo: 5 (71.42%) cesáreas, 2 (28.58%) murieron embarazadas. (Cuadro y Gráfica 4.7).

De las 7 defunciones en este año 4 (57.14%) pacientes no fueron referidas de otro medio ni hospital, 1 (14.28%) referida del centro de salud de Amealco (Jurisdicción sanitaria II), 1 (14.28%) ISSSTE y 1 (14.28%) referida del centro de salud de Pedro Escobedo (San Juan del Río, Jurisdicción sanitaria II). (Cuadro 4.8 y Gráfica 4.8.1 y 4.8.2).

De acuerdo al control prenatal se obtuvo: 4 (57.14%) llevaron control prenatal adecuado, 2 (28.57%) control prenatal malo o irregular y 1 (14.28%) no llevó control prenatal. (Cuadro y Gráfica 4.9).

De acuerdo a la derechohabiencia se obtuvo: 5 (71.42%) de las pacientes no tenían ningún tipo de derechohabiencia y 2 (28.57%) seguro popular. (Cuadro y Gráfica 4.10).

Según la causa de muerte se obtuvo: 3 (42.85%) de preeclampsia severa-eclampsia, 3 (42.85%) de sepsis y 1 (14.28%) de hemorragia obstétrica. Todos tomados de acuerdo a la clasificación de CIE-10. (Cuadro y Gráfica 4.11).

En el año 2010:

Se tuvieron 4 defunciones, de las cuales se obtuvo un promedio de edad: 28 ± 7.9 años, la edad mínima fue de 21 años, la edad máxima de 39 años. (Cuadro y Gráfica 4.1 y Gráfica 4.12) Con una tasa de mortalidad materna de 0.336 por cada 1000 nacidos. (Gráfica 4.14)

En cuanto a domicilio 2 (50%) fueron de Guanajuato, 1 (25%) de Querétaro (Jurisdicción sanitaria I), 1 (25%) de Amealco (Jurisdicción sanitaria II). (Cuadro 4.2, Gráfica 4.2.1 y 4.2.2).

De acuerdo a su estado civil se: 3 (75%) casadas y 1 (25%) soltera. (Cuadro y Gráfica 4.3).

En cuanto a su escolaridad se obtuvo: 2 (50%) profesional y 2 (50%) primaria. (Cuadro y Gráfica 4.4).

De acuerdo a la ocupación: 3 (75%) dedicadas al hogar y 1 (25%) maestra. (Cuadro y Gráfica 4.5).

De acuerdo al número de embarazos se obtuvo: 4 (100%) multigestas. (Cuadro y Gráfica 4.6).

Según la vía de resolución del embarazo actual se obtuvo: 2 (50%) cesáreas y 2 (50%) abortos. (Cuadro y Gráfica 4.7).

De las 4 defunciones en este año 2 (50%) pacientes fueron referidas del Medio Privado, 1 (25%) del centro de salud de Amealco (Jurisdicción sanitaria II) y 1 (25%) del ISSSTE. (Cuadro 4.8, Gráfica 4.8.1 y 4.8.2).

De acuerdo al control prenatal se obtuvo: 3 (75%) llevaron control prenatal adecuado y 1 (25%) no llevó control prenatal. (Cuadro y Gráfica 4.9).

De acuerdo a la derechohabiencia se obtuvo: 2 (50%) de las pacientes no tenían ningún tipo de derechohabiencia, 1 (25%) seguro popular y 1 (25%) ISSSTE. (Cuadro y Gráfica 4.10).

Según la causa de muerte se obtuvo: 2 (50%) preeclampsia severa-eclampsia, 1 (25%) sepsis y 1 (25%) hemorragia obstétrica. Todos tomados de acuerdo a la clasificación de CIE-10. (Cuadro y Gráfica 4.11).

En el año 2011:

Se tuvieron 7 defunciones, de las cuales se obtuvo un promedio de edad: 27 ± 6.3 años, la edad mínima fue de 16 años, la edad máxima de 35 años. (Cuadro y Gráfica 4.1, Gráfica 4.12) Con una tasa de mortalidad materna de 0.826 por cada 1000 nacidos. (Gráfica 4.14)

En cuanto a domicilio 4 (57.14%) fueron de Querétaro (Jurisdicción sanitaria I) y 3 (42.85%) de San Juan del Río (Jurisdicción sanitaria II). (Cuadro 4.2, Gráfica 4.2.1 y 4.2.2).

De acuerdo a su estado civil: 3 (42.85%) casadas, 3 (42.85%) en unión libre y 1 (14.28%) soltera. (Cuadro y Gráfica 4.3).

En cuanto a su escolaridad se obtuvo: 4 (57.14%) primaria, 2 (28.57%) preparatoria y 1 (14.28%) secundaria. (Cuadro y Gráfica 4.4).

De acuerdo a la ocupación: 6 (85.71%) dedicadas al hogar y 1 (14.28%) comerciante. (Cuadro y Gráfica 4.5).

De acuerdo al número de embarazos se obtuvo: 3 (42.85%) multigestas, 2 (28.57%) secundigestas y 2 (28.57%) primigesta. (Cuadro y Gráfica 4.6).

Según la vía de resolución del embarazo actual se obtuvo: 3 (42.85%) cesáreas, 3 (42.85%) partos y 1 (14.28%) aborto. (Cuadro y Gráfica 4.7).

De las 7 defunciones en este año 3 (42.85%) pacientes fueron referidas del Hospital de San Juan del Río que pertenece a la jurisdicción sanitaria de Querétaro II, 1(14.28%) enviada del medio privado y 3 (42.85%) no referidas de ningún hospital y ni medio. (Cuadro 4.8, Gráfica 4.8.1 y 4.8.2).

De acuerdo al control prenatal se obtuvo: 6 (85.71%) llevaron control prenatal adecuado y 1 (14.28%) sin control prenatal. (Cuadro y Gráfica 4.9).

De acuerdo a la derechohabiencia se obtuvo: 3 (42.85%) seguro popular, 3 (42.85%) de las pacientes no tenían ningún tipo de derechohabiencia y 1 (14.28%) IMSS. (Cuadro y Gráfica 4.10).

Según la causa de muerte se obtuvo: 4 (57.14%) hemorragia obstétrica, 2 (28.57%) de preeclampsia severa-eclampsia y 1 (14.28%) sepsis. Todos tomados de acuerdo a la clasificación de CIE-10. (Cuadro y Gráfica 4.11).

Del año 2007 al 2011:

Se tuvieron 33 defunciones, de las cuales se obtuvo un promedio de edad: 28 ± 6.6 años, la edad mínima fue de 15 años, la edad máxima de 43 años. Con predominio de edad de 30 años. (Cuadro y Gráfica 4.1, Gráfica 4.12) Con una tasa de mortalidad de 0.644 por cada 1000 nacimientos. (Gráfica 4.14)

En cuanto al domicilio 9 fueron de Querétaro, 4 de San Juan del Río, 4 de Guanajuato, 4 de Amealco, 2 de Colon, 2 de Cadereyta, 2 se desconoce domicilio, 1 de Ezequiel Montes, 1 de Peñamiller, 1 de Pedro Escobedo, 1 de San Joaquín, 1 de Tolimán y 1 de Michoacán. De acuerdo a las jurisdicciones del estado de Querétaro de la secretaría de salud: 11 (33.33%) pertenecían a la jurisdicción II, 9 (27.27%) pertenecían a la jurisdicción I, 6 (18.18%) pertenecían a la jurisdicción III,

4 (12.12%) a Guanajuato, 2 (6.06%) se desconoce, 1 (3.03%) a Michoacán. (Cuadro 4.2, Gráfica 4.2.1 y 4.2.2).

De acuerdo a su estado civil se observó: 14 (42.42%) casadas, 12 (36.36%) en unión libre, 4 (12.12%) solteras y 3 (9.09%) se desconoce su estado. (Cuadro y Gráfica 4.3).

En cuanto a su escolaridad se obtuvo: 15 (45.45%) tenían primaria, 4 (12.12%) secundaria, 4 (12.12%) preparatoria, 3 (9.09%) se desconoce la escolaridad, 2 (6.06%) primaria incompleta, 2 (6.06%) profesional, 1 (3.03%) analfabeta, 1 (3.03%) secundaria incompleta y 1 (3.03%) preparatoria incompleta. (Cuadro y Gráfica 4.4).

De acuerdo a la ocupación: 27 (81.81%) dedicadas al hogar, 3 (9.09%) se desconoce su ocupación, 1 (3.03%) estilista, 1 (3.03%) maestra y 1 (3.03%) comerciante. (Cuadro y Gráfica 4.5).

De acuerdo al número de embarazos se obtuvo: 17 (51.51%) multigestas, 9 (27.27%) primigestas, 4 (12.12%) secundigestas y 3 (9.09%) se desconoce su número de embarazos. (Cuadro y Gráfica 4.6).

Según la vía de resolución del embarazo actual se obtuvo: 18 (54.54%) cesáreas, 7 (21.21%) partos, 5 (15.15%) abortos y 3 (9.09%) murieron embarazadas. (Cuadro y Gráfica 4.7).

De las 33 defunciones en estos 5 años: 10 pacientes no fueron referidas de ningún hospital ni otro medio privado, 5 referidas del medio privado de diferentes lugares, 5 referidas del hospital general de Cadereyta, 5 referidas del hospital general de San Juan del Río, 2 del centro de salud de Amealco, 2 del ISSSTE, 2 traídas por la Cruz Roja, 1 enviada del centro de salud de Pedro Escobedo (San Juan del Río) y 1 enviada del Hospital general de San José

Iturbide. De las cuales por jurisdicción sanitaria de Querétaro: 12 (36.36%) de la jurisdicción I, 5 (15.15%) de la jurisdicción III, 8 (24.24%) de la jurisdicción II, y 8 (24.24%) que no se pueden clasificar en jurisdicciones ya que son enviadas del medio privado, de las que se desconoce y de otros estados. (Cuadro 4.8, Gráfica 4.8.1 y 4.8.2)

De acuerdo al control prenatal se obtuvo: 22 (66.66%) llevaron control prenatal adecuado, 4 (12.12%) control prenatal malo o irregular, 4 (12.12%) se desconoce si llevaron o no control y 3 (9.09%) no llevaron control. (Cuadro y Gráfica 4.9).

De acuerdo a la derechohabiencia se obtuvo: 17 (51.51%) de las pacientes no tenían ningún tipo de derechohabiencia, 11 (33.33%) seguro popular, de 3 (9.09%) se desconoce, 1 (3.03%) ISSSTE y 1 (3.03%) IMSS. (Cuadro y Gráfica 4.10).

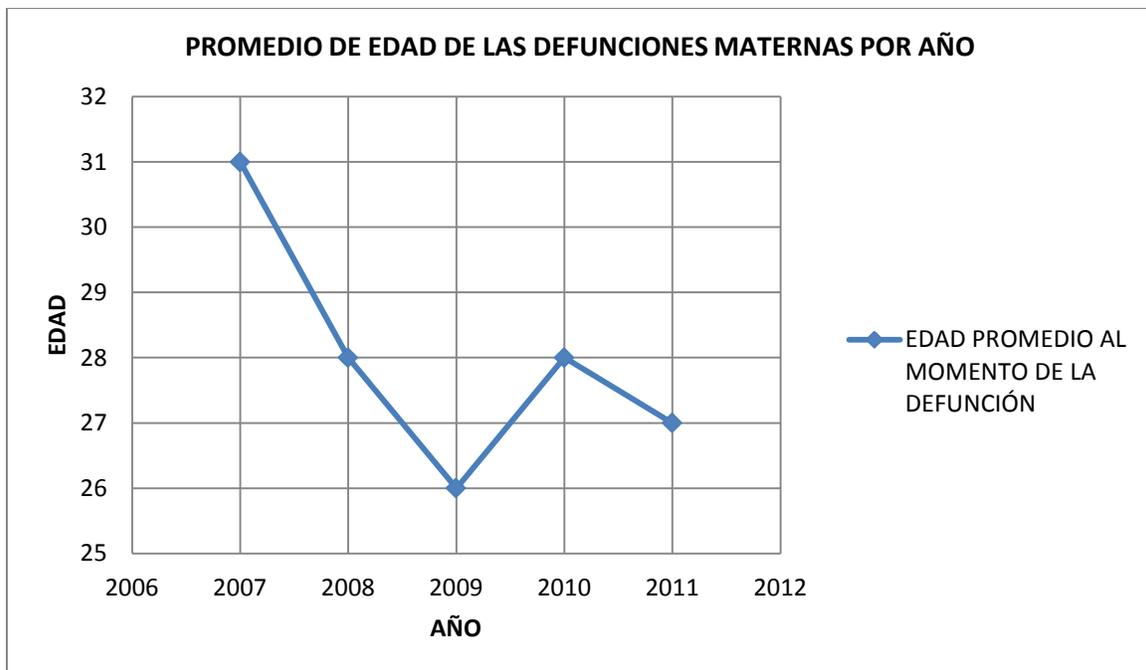
Según la causa de muerte se obtuvo: 12 (36.36%) de hemorragia obstétrica, 9 (27.27%) de preeclampsia severa-eclampsia, 7 (21.21%) de sepsis, 1 (3.03%) de Cáncer de mama, 1 (3.03%) de trauma craneoencefálico severo secundario a accidente automovilístico, 1 (3.03%) de infarto agudo del miocardio, 1 (3.03%) choque anafiláctico y 1 (3.03%) de miocardiopatía periparto. Todos tomados de acuerdo a la clasificación de CIE-10. (Cuadro y Gráfica 4.11).

CUADRO 4.1: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011

EDAD						
AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Edad mínima	18	21	15	21	16	15
Edad máxima	38	34	43	39	35	43
Promedio	31±6.8	28±4.3	26±9	28±7.9	27±6.3	28±6.6
Moda	-----	31	27	----	----	30

FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

GRÁFICA 4.1: PROMEDIO DE EDAD DE LAS DEFUNCIONES MATERNAS DEL AÑO 2007 A 2011



FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna. Servicio de estadística del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.

CUADRO 4.2: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011
DOMICILIO Y JURISDICCIÓN SANITARIA

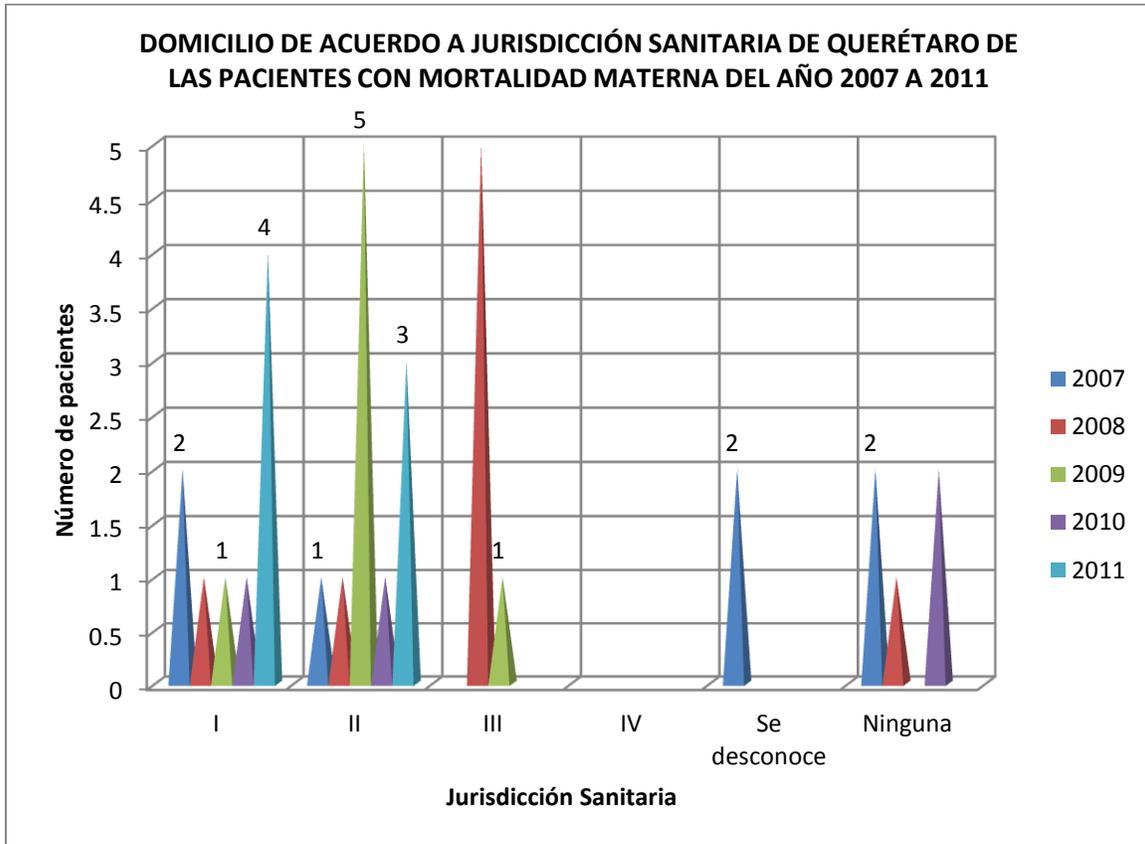
MUNICIPIO	JSQ*	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Querétaro	I	2	1	1	1	4	9
Se desconoce		2					2
Amealco	II	1		2	1		4
Guanajuato		1	1		2		4
Michoacán		1					1
Cadereyta	III		2				2
Tolimán	III		1				1
San Joaquín	III		1				1
Peña Miller	III		1				1
Pedro Escobedo	II		1				1
Colón	II			2			2
Ezequiel Montes	III			1			1
SJR**	II			1		3	4

FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

JSQ*: Jurisdicción Sanitaria de Querétaro

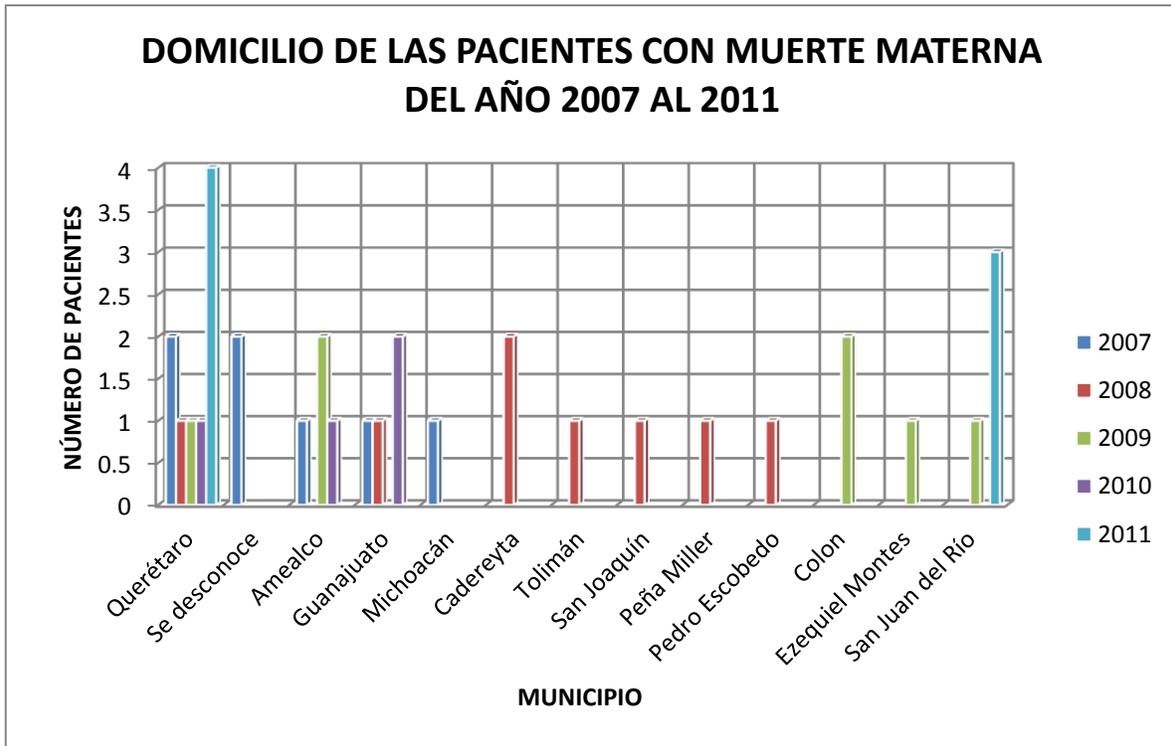
SJR**: San Juan del Río

GRÁFICA 4.2.1: MORTALIDAD MATERNA DEL AÑO 2007 A 2011
DOMICILIO DE ACUERDO A JURISDICCIÓN SANITARIA DE QUERÉTARO



FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

GRÁFICA 4.2.2: MORTALIDAD MATERNA DEL AÑO 2007 A 2011
DOMICILIO



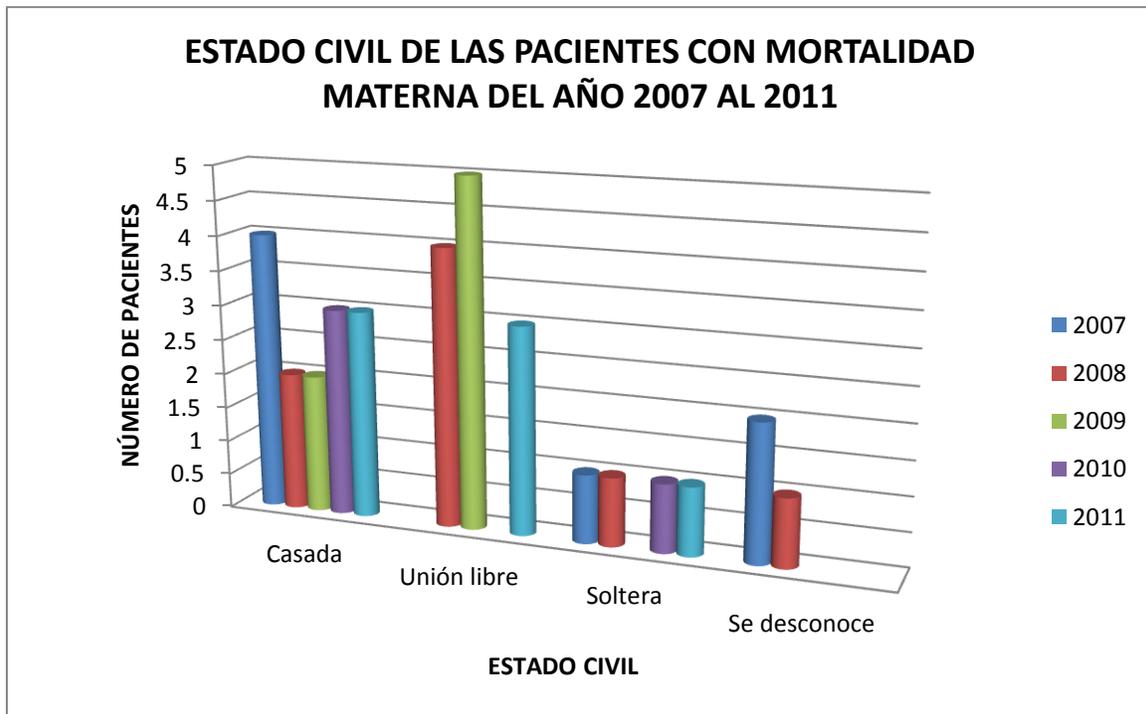
FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

CUADRO 4.3: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011
ESTADO CIVIL

AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Casada	4	2	2	3	3	14
Unión Libre		4	5		3	12
Soltera	1	1		1	1	4
Se desconoce	2	1				3

FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

GRÁFICA 4.3: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 AL 2011
ESTADO CIVIL



FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

CUADRO 4.4: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011

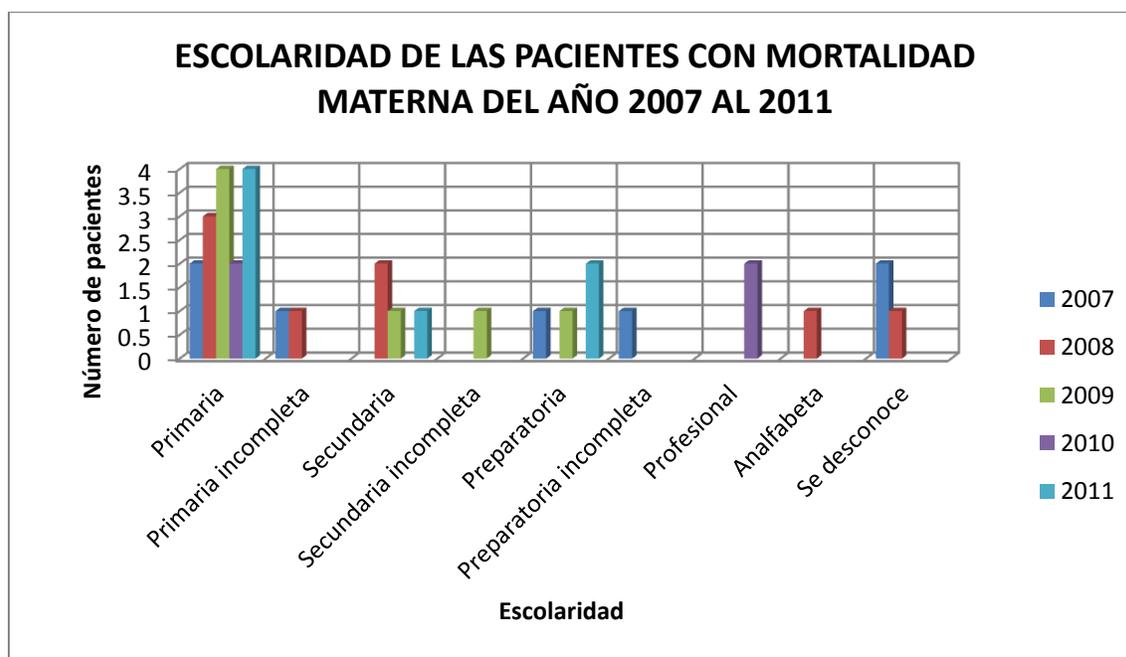
ESCOLARIDAD

AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Primaria	2	3	4	2	4	15
Primaria incompleta	1	1				2
Secundaria		2	1		1	4
Secundaria incompleta			1			1
Preparatoria	1		1		2	4
Preparatoria incompleta	1					1
Profesional				2		2
Analfabeta		1				1
Se desconoce	2	1				3

FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

GRÁFICA 4.4: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011

ESCOLARIDAD



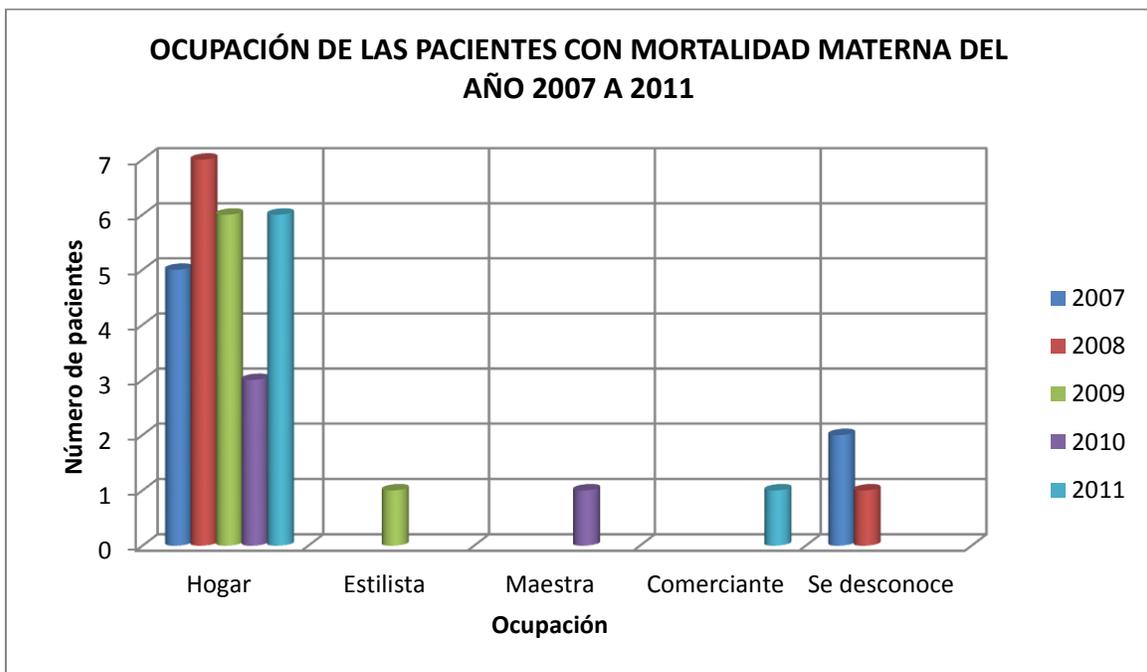
FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

CUADRO 4.5: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011
OCUPACIÓN

AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Hogar	5	7	6	3	6	27
Estilista			1			1
Maestra				1		1
Comerciante					1	1
Se desconoce	2	1				3

FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

GRÁFICA 4.5: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011
OCUPACIÓN



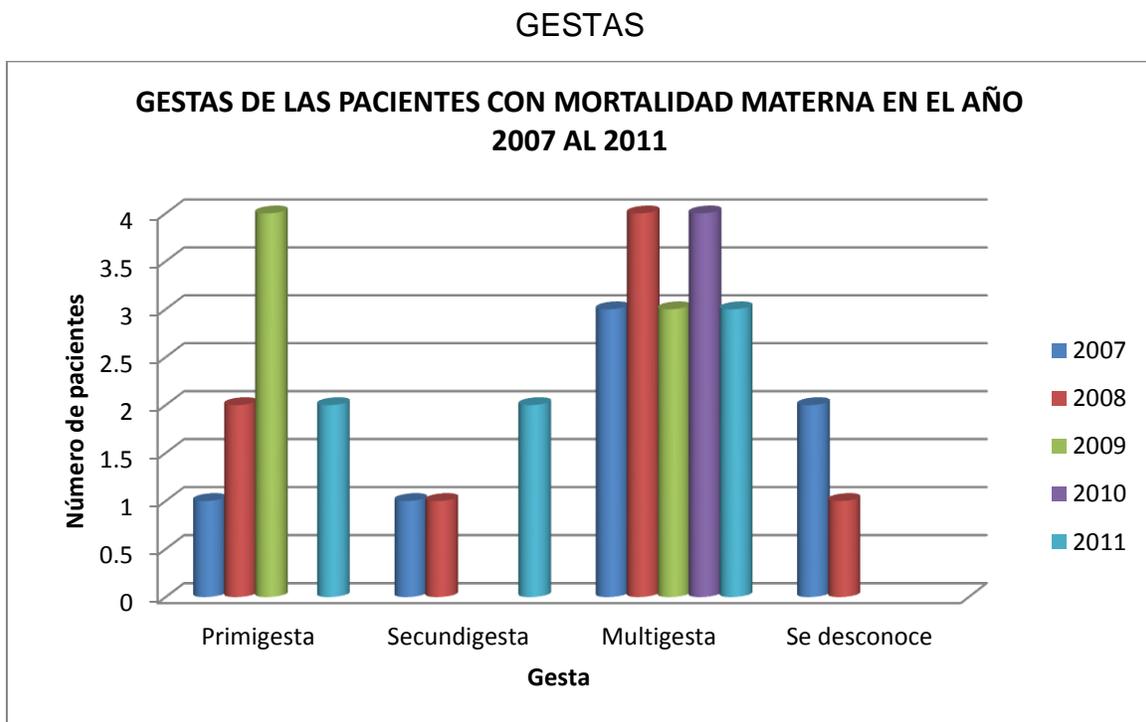
FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

CUADRO 4.6: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011

AÑO	GESTAS					TOTAL
	2007	2008	2009	2010	2011	
Primigesta	1	2	4		2	9
Secundigesta	1	1			2	4
Multigesta	3	4	3	4	3	17
Se desconoce	2	1				3

FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

GRÁFICA 4.6: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011



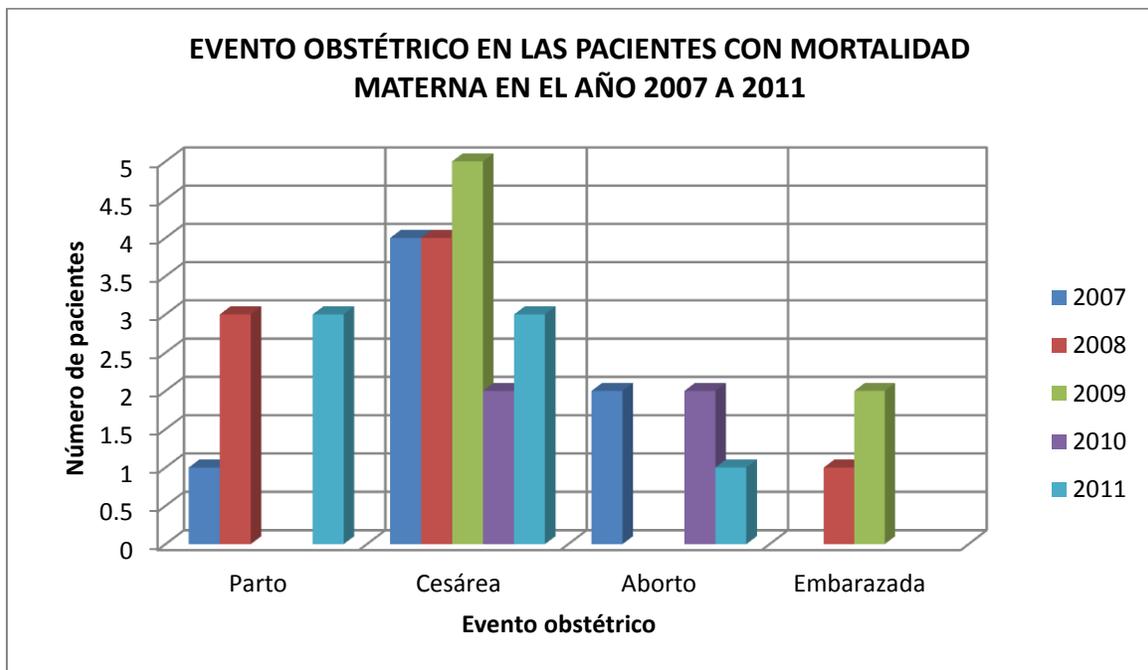
FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

CUADRO 4.7: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011

		EVENTO OBSTÉTRICO					
AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL	
Parto	1	3			3	7	
Cesárea	4	4	5	2	3	18	
Aborto	2			2	1	5	
Embarazada		1	2			3	

FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

GRÁFICA 4.7: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011



FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

**CUADRO 4.8: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011
REFERIDAS**

REFERIDAS	JSQ	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
*HGSJR	II	2				3	5
Cruz Roja		1	1				2
Medio Privado		2			2	1	5
No		2	1	4		3	10
**HGC	III		5				5
***HGSJI			1				1
C.S. Amealco	II			1	1		2
ISSSTE				1	1		2
C.S. Pedro Escobedo	II			1			1

FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

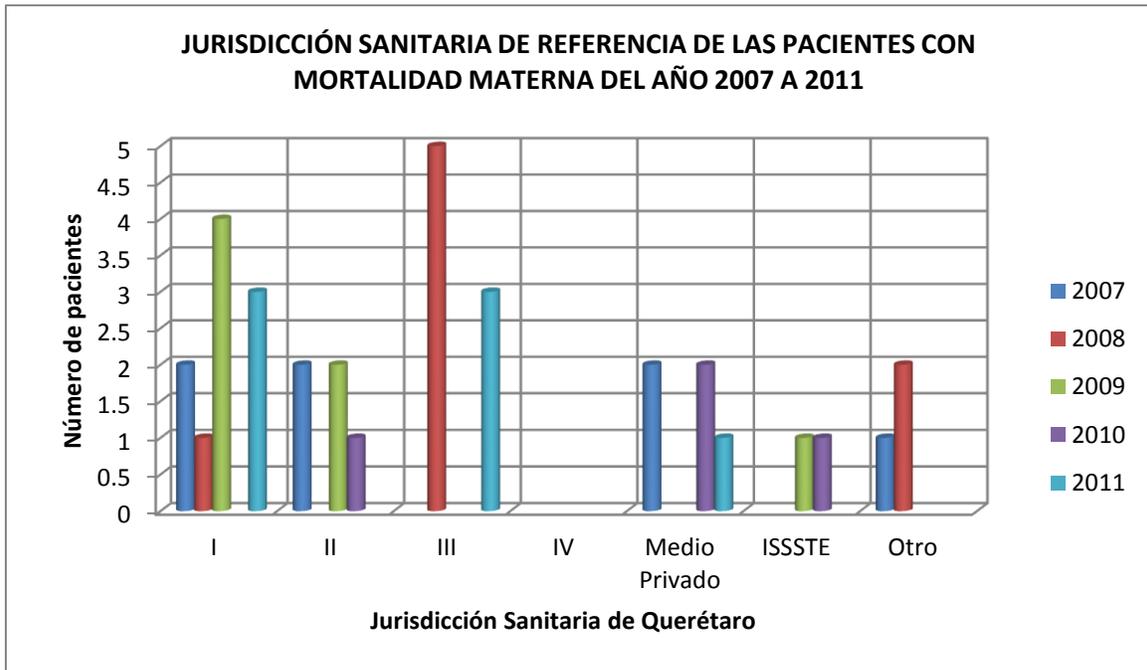
*HGSJR: Hospital General de San Juan del Río

**HGC: Hospital General de Cadereyta

***HGSJI: Hospital General de San José Iturbide

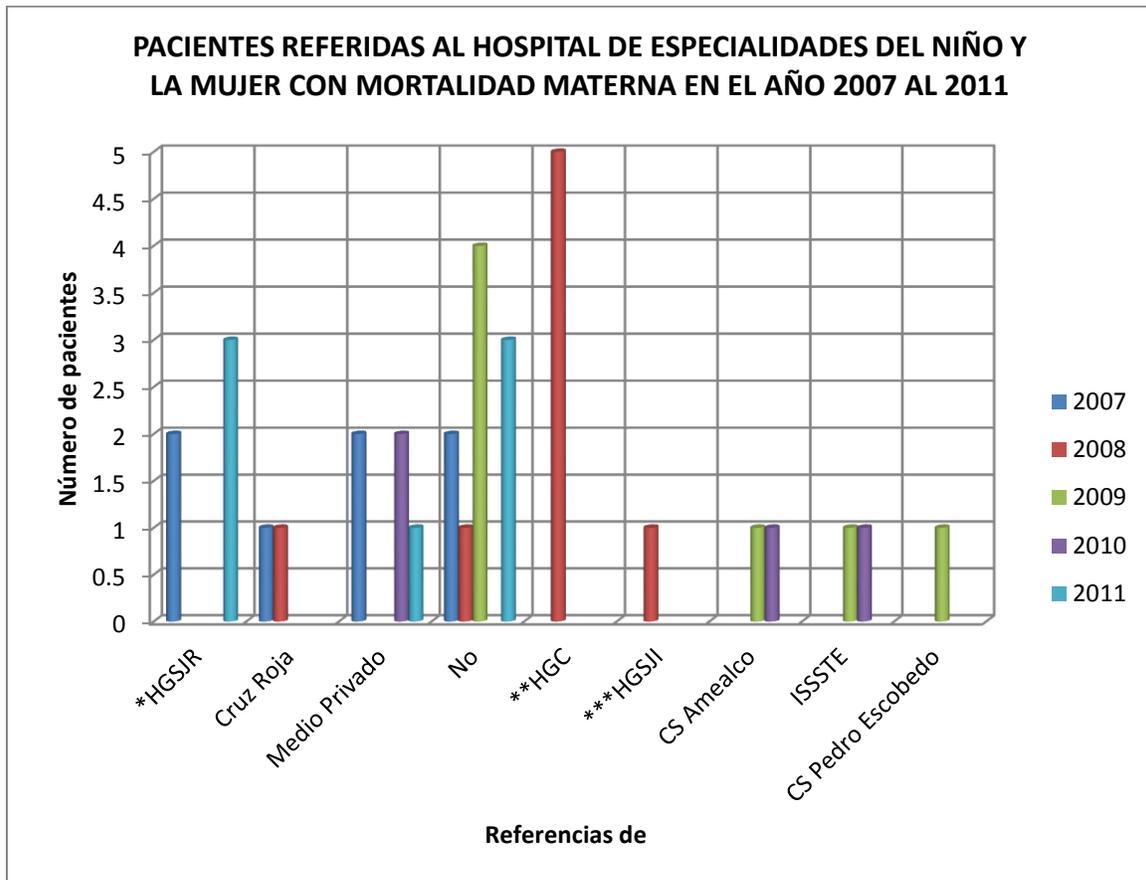
C. S. Centro de salud

**GRÁFICA 4.8.1: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011
REFERIDAS POR JURISDICCIÓN SANITARIA DE QUERÉTARO**



FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

**GRÁFICA 4.8.2: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011
REFERIDAS**



FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

*HGSJR: Hospital General de San Juan del Río

**HGC: Hospital General de Cadereyta

***HGSJI: Hospital General de San José Iturbide

C. S. Centro de salud

CUADRO 4.9: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011

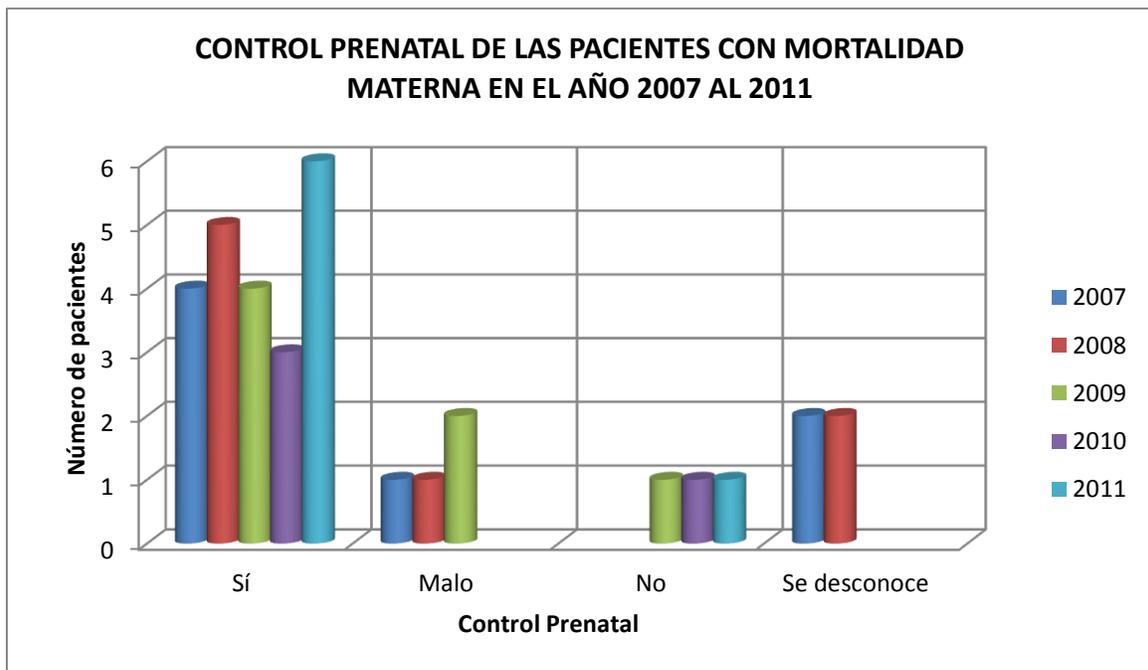
CONTROL PRENATAL

AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Sí	4	5	4	3	6	22
Malo	1	1	2			4
No			1	1	1	3
Se desconoce	2	2				4

FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

GRÁFICA 4.9: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011

CONTROL PRENATAL



FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

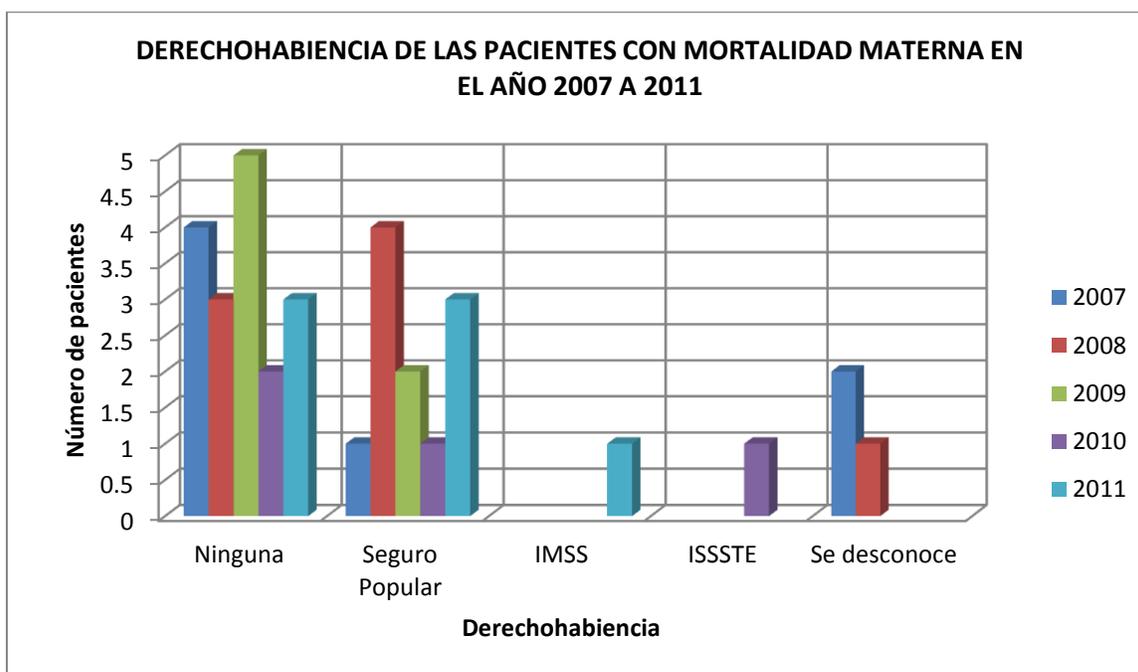
CUADRO 4.10: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011

AÑO	DERECHOHABIENCIA					TOTAL
	2007	2008	2009	2010	2011	
Ninguna	4	3	5	2	3	17
Seguro Popular	1	4	2	1	3	11
IMSS					1	1
ISSSTE				1		1
Se desconoce	2	1				3

FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

GRÁFICA 4.10: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011

DERECHOHABIENCIA



FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

CUADRO 4.11: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011
CAUSA DE DEFUNCIÓN

AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Hemorragia obstétrica	4	2	1	1	4	12
Preeclampsia severa-Eclampsia		2	3	2	2	9
Sepsis	1	1	3	1	1	7
Cáncer de mama	1					1
*TCE		1				1
**IAM		1				1
Choque anafiláctico	1					1
Miocardopatía periparto		1				1

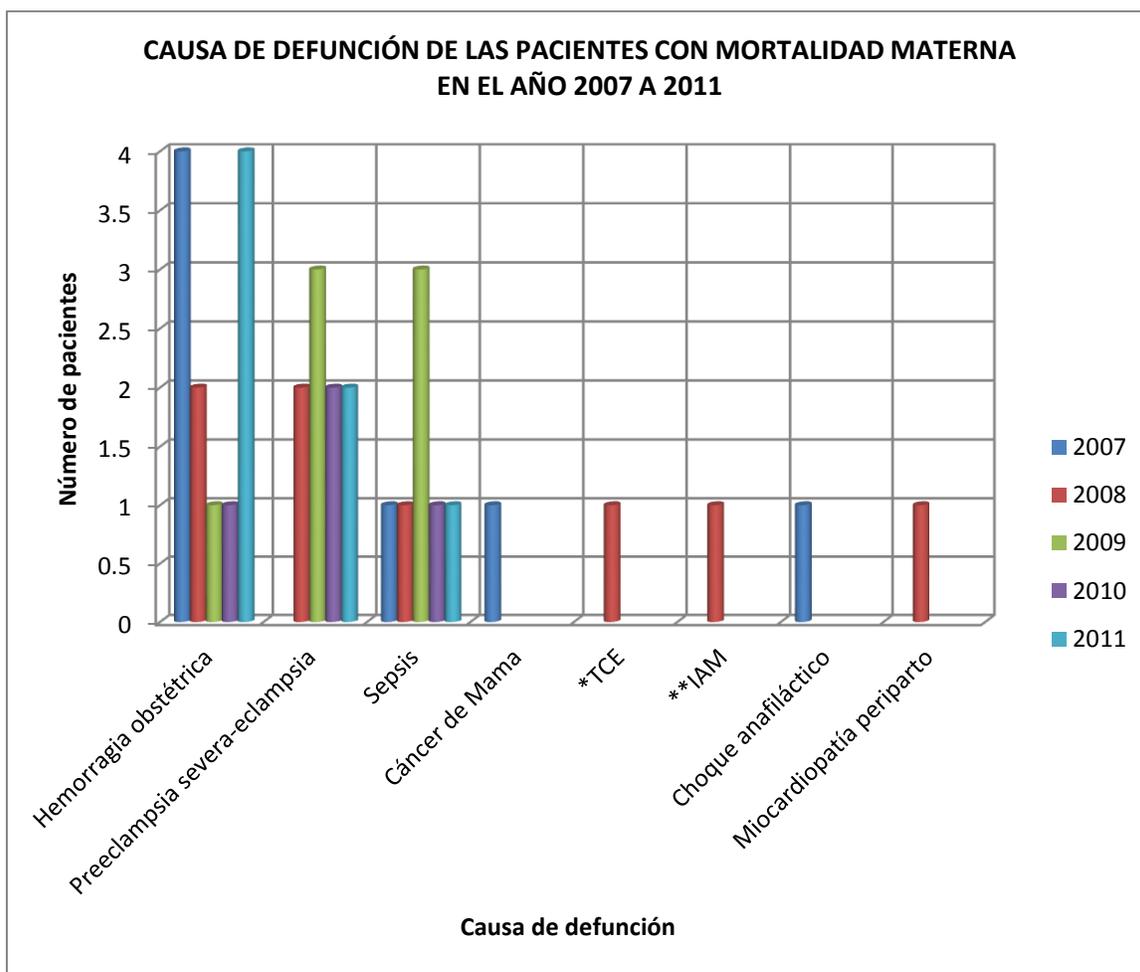
FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

Clasificado en base al CIE-10

*TCE: Trauma Craneoencefálico severo secundario a accidente automovilístico.

**IAM: infarto agudo del miocardio, probable enfermedad de Chagas.

GRÁFICA 4.11: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 AL 2011
CAUSA DE DEFUNCIÓN



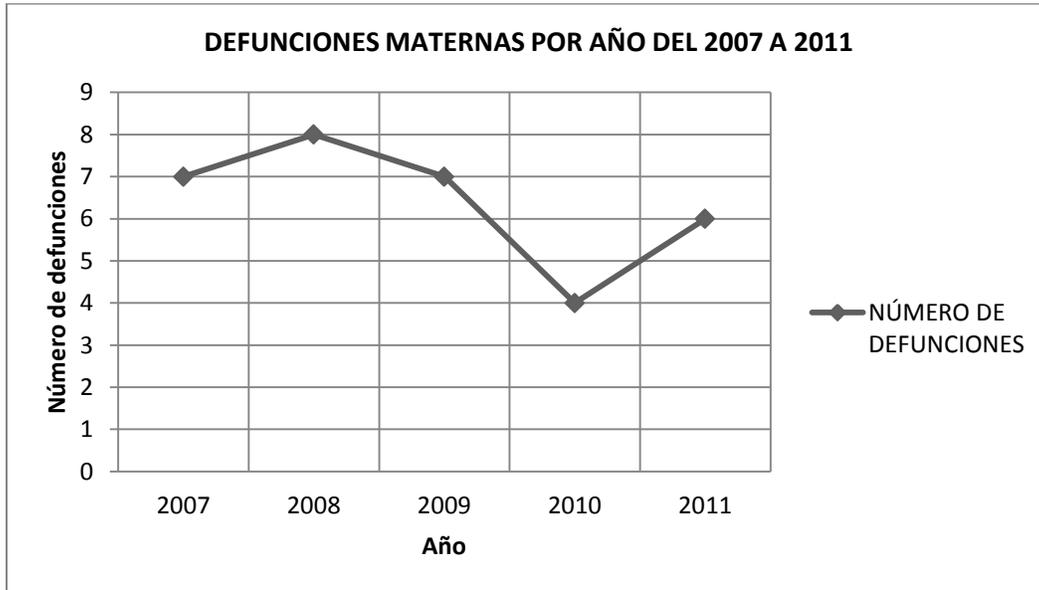
FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna.

Clasificado en base al CIE-10

*TCE: Trauma Craneoencefálico severo secundario a accidente automovilístico.

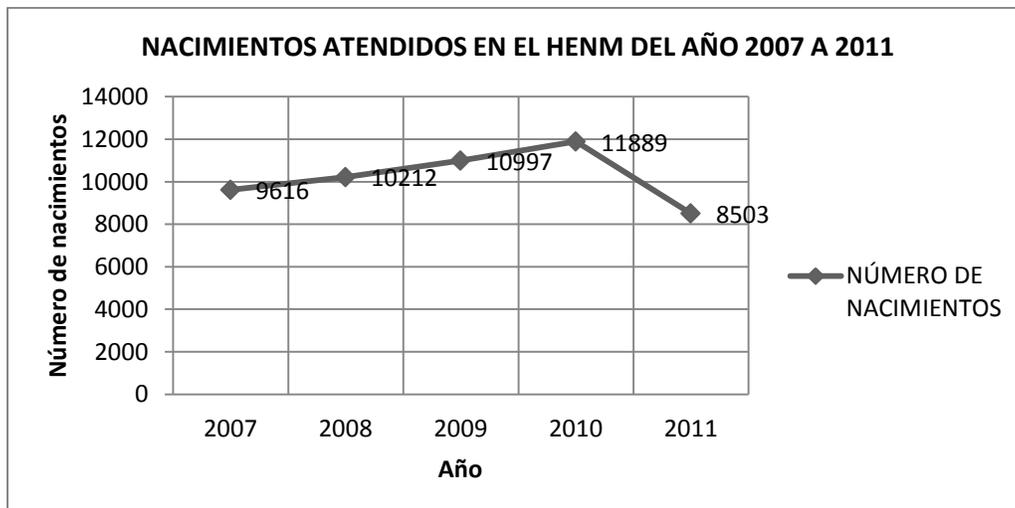
**IAM: infarto agudo del miocardio, probable enfermedad de Chagas.

GRÁFICA 4.12: MORTALIDAD MATERNA EN EL AÑO 2007 A 2011
NÚMERO DE DEFUNCIONES POR AÑO



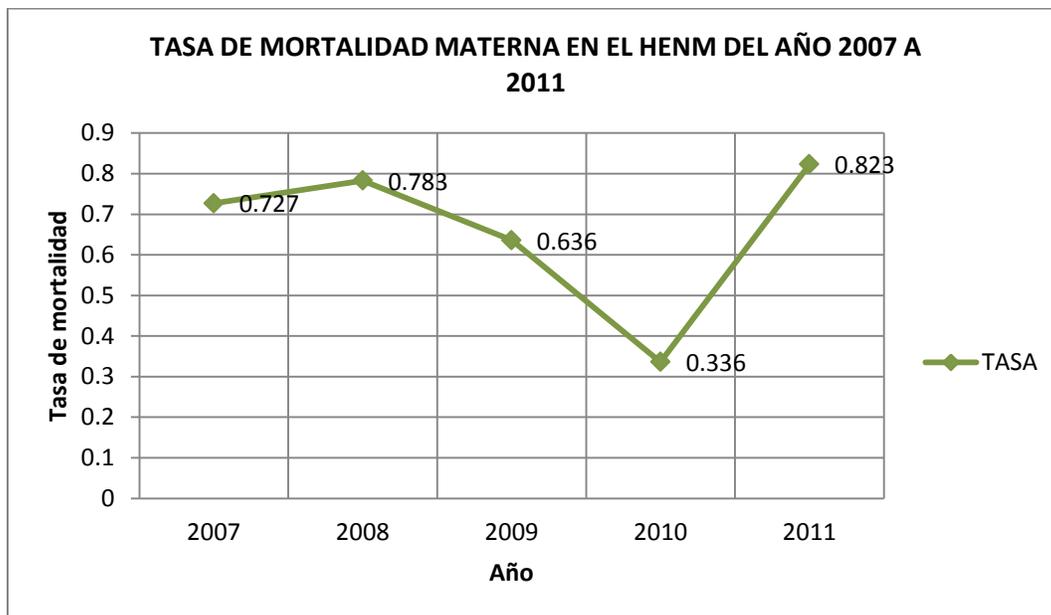
FUENTE: Expedientes clínicos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Certificados de defunción, informes de Comités de mortalidad materna. Estadísticas del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.

GRÁFICA 4.13: NACIMIENTOS ATENDIDOS EN LOS AÑOS 2007 AL 2011



Fuente: servicio de estadística del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.

GRÁFICA 4.14: TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR CADA 1000 NACIMIENTOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER DE LOS AÑOS 2007 AL 2011



Fuente: Servicio de estadística del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.

V. DISCUSIÓN

Se tuvieron 33 defunciones, de las cuales se obtuvo un promedio de edad: 28 ± 6.6 años muy similar a lo reportado por Karam y colaboradores, 2007; Langer, 2010; con una tasa de mortalidad de 0.644 por cada 1000 nacimientos. Durante el año 2010 se registraron en México 0.498 muertes maternas por cada 1000 nacidos vivos; comparando la tasa nacional con la tasa del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer; ésta la encontramos por encima de la tasa nacional, lo cual ocupa a Querétaro en el número 15 a nivel nacional de mortalidad materna.

De acuerdo a las jurisdicciones del estado de Querétaro de la secretaría de salud: 11 (33.33%) pertenecían a la jurisdicción II, 9 (27.27%) pertenecían a la jurisdicción I, 6 (18.18%) pertenecían a la jurisdicción III, 4 (12.12%) a Guanajuato, 2 (6.06%) se desconoce, 1 (3.03%) a Michoacán. Por lo cual el 72.72% de las muertes maternas ocurridas en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer corresponden a gente con capacidad de atención en otros hospitales y por lo tanto gente lejos del hospital, por lo cual se retrasa la atención adecuada y oportuna en estas pacientes y de lo cual es uno de los principales factores de riesgo para la mortalidad materna, el retraso en la atención adecuada, oportuna y de calidad en una paciente obstétrica, como lo reportado por Gómez 2003; Karam 2007; y Langer 2010.

Se observó que el 42.42% tenían un estado civil de casadas, el 36.36% en unión libre, el 12.12% solteras y el 9.09% se desconoce su estado similar a lo reportado con Karam 2007.

En cuanto a su escolaridad se obtuvo: el 45.45% tenían primaria, el 12.12% secundaria, el 12.12% preparatoria, el 9.09% se desconoce la

escolaridad, el 6.06% primaria incompleta, el 6.06% profesional, el 3.03% analfabeta, el 3.03% secundaria incompleta y el 3.03% preparatoria incompleta. Es decir el 66.66% tenían nivel de educación básico completo o incompleto y el 33.34% un nivel de escolaridad mayor del básico; dato muy similar al reportado por Langer 2010. Esto se puede comparar con lo reportado con Karam en el 2007; en donde se reporta que las mujeres analfabetas tienen un riesgo 6 veces mayor con respecto a las que tienen el nivel de preparatoria y más, en las que no concluyeron la primaria el riesgo de morir es 4 veces mayor, y en las que si concluyeron la primaria el riesgo de morir es 3 veces mayor, un mayor nivel de escolaridad disminuye el riesgo de muerte materna.

De acuerdo a la ocupación: el 81.81% dedicadas al hogar, y el 9.09% en alguna ocupación con alguna remuneración económica, datos similares a lo reportado por Karam 2007, por lo cual se evalúa como riesgo para mortalidad materna la paciente dedicada al hogar.

De acuerdo al número de embarazos se obtuvo: el 51.51% es multigesta, el 27.27% es primigesta, el 12.12% es secundigesta y el 9.09% se desconoce su número de embarazos. por lo cual cabe resaltar que es factor de riesgo el ser multigesta y ser primigesta, según lo reportado por Sloan 2001.

Según la vía de resolución del embarazo actual se obtuvo en el 54.54% se realizó cesárea, en el 21.21% se atendió un parto, en el 15.15% se realizó un aborto y en el 9.09% murieron embarazadas, cifras similares a las referidas por Karam 2007 y Langer 2010.

Se observó que el 36.36% no fueron referidas y pertenecían a la jurisdicción I, el 15.15% fueron referidas de la jurisdicción III, el 24.24% referidas de la jurisdicción II, y el 24.24% que no se pueden clasificar en jurisdicciones ya que son enviadas del medio privado, de las que se desconoce y de otros estados. Por lo cual se puede observar que el 63.63% de la mortalidad materna que se

reporta en el hospital de Especialidades del Niño y la Mujer corresponde a gente referida de otras jurisdicciones sanitarias y de otros hospitales privados y de otros estados, pacientes en la mayoría recibidas en este Hospital en mal estado y malas condiciones que lamentablemente no se puede brindar mucho en el estado en el cual se refieren y que incrementan la tasa de mortalidad materna solo por el hecho de tener que levantarse el certificado de defunción en este Hospital.

De acuerdo al control prenatal se obtuvo que el 66.66% llevaron control prenatal adecuado, el 12.12% llevaron un control prenatal malo o irregular, el 12.12% se desconoce si llevaron o no control y el 9.09% no llevaron control. Cifras similares a las reportadas por Karam 2007.

De acuerdo a la derechohabiencia se obtuvo: que el 51.51% de las pacientes no tenían ningún tipo de derechohabiencia, el 33.33% tenía seguro popular, el 9.09% se desconoce, el 3.03% tenía ISSSTE y el 3.03% tenía IMSS. Cifras totalmente similares a las reportadas por Karam 2007 y Langer 2010, se ha visto un aumento en la mortalidad en el sector salubridad por pacientes sin derechohabiencia y por el aumento en el personal cubierto por seguro popular.

Según la causa de muerte se obtuvo: el 36.36% la causa de muerte fue hemorragia obstétrica, el 27.27% la causa fue preeclampsia severa-eclampsia, el 21.21% fue sepsis, el 3.03% fue Cáncer de mama, el 3.03% fue trauma craneoencefálico severo secundario a accidente automovilístico, el 3.03% fue infarto agudo del miocardio, el 3.03% fue choque anafiláctico y el 3.03% fue miocardiopatía periparto. Todos tomados de acuerdo a la clasificación de CIE-10. En este apartado si es diferente a lo que se reporta en la literatura a nivel nacional puesto que la causa como número uno de mortalidad materna en la literatura es la preeclampsia-eclampsia, y en segundo lugar la hemorragia obstétrica, en tercer lugar la sepsis, de ahí en más similar a lo reportado por Gómez 2003, Karam 2007 y Langer 2010 de que la causa de mortalidad materna en el 80% de los casos está dado por causas directas.

Con este estudio se arrojó información de suma importancia donde se puede resaltar los siguientes puntos:

Considerar los factores de riesgo ya conocidos así como énfasis en las pacientes de 28 años que es la edad promedio de muerte materna, así como con escolaridad baja, dedicadas al hogar, multigestas o primigestas, y que vivan lejos de la atención de un hospital de segundo nivel.

Evaluar continuamente la calidad de atención prenatal brindada por el servicio médico de las diferentes jurisdicciones; ya que no concuerda el porqué se mueren más pacientes que llevaron un control prenatal adecuado que aquellas que no lo llevaron, ya que es el principal contacto y de fortaleza para detección de factores de riesgo de hemorragia obstétrica y de preeclampsia-eclampsia. Implementar en el control prenatal 1 ultrasonido obstétrico realizado por especialista por lo menos para detección de factores de riesgo, así como la realización de tiras reactivas o bien Examen general de orina cada trimestre para la detección oportuna de proteinuria así como la hoja de toma de presión arterial semanal estricta para la detección oportuna de estados hipertensivos.

Implementar obligatoriamente los comprobantes de donación en la atención de toda paciente obstétrica sea parto, cesárea o bien aborto, para tener el abastecimiento adecuado de los bancos de sangre y sus hemoderivados de las unidades hospitalarias.

Capacitar al personal de salud de los hospitales de segundo nivel en la atención de emergencias obstétricas, por medio de la realización de cursos como es el ALSO y capacitar a ginecólogos y obstetras así como personal de urgencias de las diferentes unidades incluyendo al hospital de especialidades del niño y la mujer.

Mejorar el sistema de referencia de pacientes en estado crítico, así como implementar que este tipo de pacientes se envíen lo más estables posible ya que algunas veces se mandan en tan mal estado que llegan lamentablemente a la unidad sin signos vitales y sin respuesta a maniobras.

Trabajar en conjunto con primer nivel para mejorar la calidad de la atención médica así como el envío oportuno de la paciente con foco rojo a tiempo para la intervención adecuada y oportuna y reducir en lo mayor posible la tasa de mortalidad de la unidad y por consiguiente del estado.

VI. CONCLUSIONES

La mortalidad materna en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer en los años 2007 al 2011 es de 33 pacientes, lo que corresponde a un promedio de 6.6 muertes por año, es decir a una tasa de mortalidad materna de 0.644 por cada 1000 nacidos vivos, tasa por encima de la tasa nacional de mortalidad materna que es de 0.498 por cada 1000 nacidos. (Informe Nacional de Salud, Febrero 2011; por el Secretario de Salud José Ángel Córdova Villalobos)

Las causas más frecuentes de mortalidad materna en orden de importancia son: la hemorragia obstétrica, en segundo lugar los estados hipertensivos como son preeclampsia severa-eclampsia y en tercer lugar la sepsis. Lo cual corresponde a 36.36% la hemorragia obstétrica, el 27.27% los estados hipertensivos y el 21.21% la sepsis.

La edad promedio de mortalidad materna en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer es de 28 ± 6.6 años.

La localidad con mayor mortalidad materna en cuanto a domicilio y por atención de acuerdo a jurisdicción sanitaria del estado de Querétaro corresponde a San Juan del Río, es decir a la jurisdicción sanitaria II en un 33.33%, en segundo lugar a la jurisdicción I en un 27.27% y en tercer lugar a la jurisdicción III en un 18.18%.

La mortalidad materna es un problema que puede evitarse. Su prevención depende directamente de la cobertura y la calidad de los servicios de salud. Algunas propuestas para evitar la mortalidad materna que se pueden inferir en este estudio son:

Métodos y prácticas basadas en el seguimiento médico continuo.

El traslado efectivo y oportuno de las mujeres al segundo o tercer nivel de atención, con hincapié en la jurisdicción II. Ya que la mayoría de la mortalidad materna en este hospital son pacientes pertenecientes a esta jurisdicción.

Acceso real de las mujeres a los servicios de emergencia en especial en el área de Amealco.

Insistencia en la donación de componentes de sangre a los diferentes bancos de sangre, a toda paciente con alto y bajo riesgo, para disposición de los componentes las 24 hrs y así disminuir su desabastecimiento.

VII. LITERATURA CITADA

1. Abril 2010. La Mortalidad materna indígena y su prevención.
2. Acosta Vargas. Vía crucis de la muerte materna. Oficina regional de UNICEF para América Latina y el Caribe.
3. Aguirre. Mortalidad materna en México, medición a partir de estadísticas vitales.
4. Aguirre Alejandro. México: Estimación de la mortalidad materna a partir de diversas fuentes.
5. Berer M., Ravindran TKS. Berer M., Ravindran TKS, eds. Preventing maternal mortality: evidence, leadership, resources, action. Safe motherhood initiatives: critical issues. London.
6. Briones, Díaz de León, Meneses. 2009. Estrategias para reducir la mortalidad materna hospitalaria en el estado de México. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia intensiva, volumen 23, número 1, enero-marzo 2009, pp 16-24.
7. Campos Ortega Cruz. 1997. Cien años de mortalidad en México. El colegio de México, Estudios demográficos y Urbanos; volumen 12, número 1 y 2, enero-agosto 1997.
8. Códigos de la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Problemas relacionados con la salud, Décima versión, (CIE-10)

9. CONAPO. Cuadernillos de salud reproductiva 2000.
10. Díaz Daniela, Sánchez Dora, Freyermuth Graciela, Castañeda Martha. México, Octubre, 2002. La mortalidad materna un problema sin resolver.
11. Díaz Echeverría Daniela. 2006. Mortalidad materna una tarea inconclusa. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C.
12. Elu, Santos. 2004. Mortalidad Materna una tragedia evitable. Perinatología, Reproducción Humana, volumen 18, número 1, México marzo 2004.
13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1998. Programming for maternal survival, New York.
14. Freyermuth Enciso Graciela. Estrategia Integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México. Fondo de población de las Naciones Unidas en México.
15. Fundar Centro de Análisis e Investigación. Mortalidad materna y seguro popular.
16. García, Hernández. 1996. Mortalidad, salud y discurso demográfico. CRIM-UNAM 1ª edición Cuernavaca Morelos.
17. Gómez, Briones, Morales y Rodríguez. 2003. Mortalidad materna en el estado de México. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia intensiva, volumen 17, número 6, noviembre-diciembre 2003, pp 199-203.
18. Goodbum, Campbell. 2001. Reducing maternal mortality in developingworld: sector wide approaches may be de key. BMJ: 322 (7291): 917-920.

19. Herrera M. 2003. Mortalidad materna en el mundo. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología. 68 (6): 536-543.

20. IMSS 2005. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe estadístico anual 2005 de mortalidad materna México.

21. Karam, Bustamante, Campuzano y Camarena. 2007. Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. Medicina social, vol 2, núm 4, octubre 2007.

22. Lalinde Ángel María Isabel. 2002. La autopsia verbal: reconstruyendo la historia de una muerte materna, en modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal.

23. Langer, Lozano, Hernández. DemoS 10. Mortalidad materna, Niveles, tendencias y diferenciales.

24. Langer Ana. La mortalidad materna en México: contribución de aborto inducido. Edamex Population Council. Páginas 149-153.

25. Lozano, Hernández, Langer. Elu M. C. y A. 1994. Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México. Langer (eds) Maternidad sin riesgos en México, páginas 43-52.

26. Luna Gordillo Rufino. Correlación entre la cobertura de planificación familiar y la mortalidad materna. Revista Higiene.

27. Maine D. 1992. Safe motherhood programs: options and issues. New York, Center for Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University.

28. Maine D. 1994. Safe motherhood programs: options and issues. New York Center for population and family health, School of Public Health, Columbia University.

29. Maine D., Rosenfield A. 1999. The safe motherhood initiative: why has it stalled? American Journal of Public Health. 89 (4): 480-482.

30. Maternal mortality. New York, Family Care International, 1998 (Safe Motherhood Fact Sheet).

31. Montesano-Delfín, Hernández, Zapién-Moreno, Olivares-Durán, Guizar-Mendoza, Luna-Ruiz. 2009. Mortalidad materna: enlace entre gestión directiva y atención clínica oportuna. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 47 (1): 109-116.

32. Mother-baby package: implementing safe motherhood in countries. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994. (documento inédito WHO/FHE/MSM/94.11).

33. MSPAS, OPS/OMS. 2002. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna. 26ª conferencia sanitaria panamericana. 54ª sesión del comité regional, Washington DC, EUA, 23-27 septiembre del 2002.

34. New York, Family Care International, 1998. Safe Motherhood Fact Sheet. Maternal mortality.

35. Ordorica. Reseña de mortalidad materna en México de Alejandro Aguirre. Estudios demográficos y urbanos, enero-abril, núm 49. Página 235-237.

36. Rodríguez Angulo, Ordoñez Luna. 2006. Mortalidad materna y marginalidad en Yucatán. Revista Biomed. 17: 237-242.

37. Romo Gamboa Carlos Enrique. La mortalidad materna problema de salud en México.

38. Ronsmans, Graham. 2006. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. 368 (9542): 1189-1200. The lancet maternal survival series steering Group.

39. Rooks J, Winikoff B. 1990. Areas of thw concept of reproductive risk in maternity care and family planning services. New York, consejo de población.

40. Ruiz, Fernández. 2004. Servicios integrados para luchar contra la mortalidad materna en Nicaragua. *Banco Mundial*; 47: 1-3.

41. Ruíz Matus Cuitláhuac. Eslabones críticos en el análisis de defunciones maternas. *Revista Higiene*.

42. Sesia Paola. Subregistro de la mortalidad materna en México: aportes desde la investigación e insumos para la construcción de una agenda de política pública.

43. Sloan, Langer, B. Hernández, M. Romero y B. Winikoff. 2001. Etiología de la mortalidad materna en los países en desarrollo: ¿qué valor tienen las autopsias verbales? *Bulletin of the World Health Organization*. 79 (9): 805–810.

44. Sloan N. The etiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us? *Bull World Health Organ*, 79 (9): 805-810.

45. Stars A. 1998. The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade. New York Family Care International.

46. Stars A. 1999. The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade. New York, Family Care International.

47. Tinker A et al. 1993. Making motherhood safe. Washington DC, Banco Mundial. (Discussion Paper 202).

48. Tinker. Banco Mundial, 1996. Making motherhood safe.

49. Torres Rodríguez, Moreno Cevallos. 2000. Factores de riesgo sobre la morbilidad Materna y en menores de 5 años en el centro de salud Borbón de la ciudad de Esmeraldas Ecuador, durante el año 1994. Cultura de los cuidados, 1º y 2º semestres 2000, año IV, N 7 y 8.

50. Velasco Murillo, Navarrete Hernández. 2006. Mortalidad materna en el IMSS, 1991-2005. Revista médica del instituto mexicano del seguro social. 44 (suplemento 1): S121-S128.