



**UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL ESTADO DE
PUEBLA.**

FACULTAD DE MEDICINA.

**MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE
HOSPITALES.**

DISEÑO: MONOGRAFÍA.

**TEMA: " HISTORIA NATURAL DE LA MORTALIDAD
MATERNA".**

PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO.

PRESENTADA POR:

GUADALUPE CRUZ GALINDO.

ASESOR: DR. MIGUEL ANGEL MARTINEZ ROMERO.

AGOSTO, 2002.



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

- **CUELLO UTERINO;** El orificio externo, varía en su aspecto; en la mujer nulípara es una pequeña abertura oval regular y tiene consistencia del cartílago nasal, después del parto, se convierte en una hendidura transversa , si se desgarran durante el parto su aspecto es nodular ó estrellado, y es una característica que determina si una mujer ha tenido hijos por vía vaginal.
- **CUERPO DEL UTERO;** La pared del cuerpo uterino está formado por tres capas: serosa, muscular y mucosa.
- **LIGAMENTOS DEL UTERO;** Salen de cada lado del útero y se denominan: Anchos, Redondos y Uterosacros.
- **TROMPAS DE FALOPIO;** Se encuentra revestida por una mucosa, las cuáles sus células experimentan cambios histológicos en los distintos periodos del ciclo; en la fase posmenstrual es un epitelio bajo que aumenta rápidamente de altura; en la fase folicular, son más altas las células; en la fase luteínica las células secretoras aumentan de tamaño; en la fase menstrual dichos cambios son más intensos.
- **OVARIOS;** Su forma almendrada varía de tamaño , durante el período fecundo de la vida, miden de 2,5 a 5cm de longitud, de 1,5 a 3cm de anchura, después de la menopausia se reduce mucho su tamaño.

FISIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN⁽²⁾

ANATOMIA:

- **EL HIPOTALAMO;** Es una pequeña estructura nerviosa, conectado directamente con la hipófisis, y es la parte del cerebro que se encarga de muchas secreciones hipofisiarias, entre sus productos secretorios principales con factores liberadores de hormonas hipofisiarias encontramos:
 - **Hormona Liberadora de Gonadotropina (GnRH),** controla la secreción de la hormona Luteinizante(LH) y hormona Estimulante del Folículo (FSH).
 - **Factor Liberador de Corticotropina (CRF),** controla la descarga de hormona Adrenocorticotrópica (ACTH).
 - **Hormona Liberadora de la Hormona del Crecimiento (GHRH),** regula la descarga de la hormona del mismo nombre.
 - **Hormona Liberadora de la Tirotropina(TRH),** regula la secreción de la hormona Estimulante del Tiroides (TSH).
- **HIPOFISIS;** Se divide en tres lóbulos; anterior, intermedia y posterior, su relación anatómica combina los elementos de la producción nerviosa y la secreción endocrina, su fuente principal de sangre son los Vasos Portales, los cuáles proceden desde el Hipotálamo hasta la Hipofisis, en cuanto a sus células secretoras de la hipófisis anterior se clasifican de acuerdo a patrones de coloración, por ejemplo, las acidófilas, secretan GH y Prolactina, las basófilas secretan, Gonadotropinas, y las células cromóforas de coloración nerviosa secretan TSH.

INDICE.

1.- INTRODUCCIÓN.	3
II.- OBJETIVO	4
III.- MARCO CONCEPTUAL	4
Anatomía del Aparato Reproductor FEMENINO	4-6
Fisiología de la Reproducción	6-8
Fisiología del Ciclo Menstrual	8-9
Variaciones Hormonales	9
Útero y sus Cambios Cíclicos del Endometrio	10
La Pareja Humana	10-11
Diagnóstico del Embarazo	11-12
Concepto e Identificación de Embarazo de Alto Riesgo	13-15
Cuidados Prenatales	15-17
Conducta del Parto Normal	17-18
Mecanismo del Parto Normal	18-19
III.- ANTECEDENTES TÉCNICOS	
Ley General de Salud	19-22
Reglamento de la Ley General de Salud	22-24
Normas Oficiales Mexicanas	24
IV.- CONTEXTO	24
Mortalidad Materna	25-26
V.- FUNDAMENTOS	26
Servicios de Salud Materna de Buena Calidad	26-28
Situación Actual de la Mortalidad Materna a Nivel Mundial	29-32
Mortalidad Materna en México	32-33
La Mortalidad Materna en México:	
La Contribución del ABORTO INDUCIDO	33
Factores Sociales y Económicos de la Mortalidad Materna	33-36
Mortalidad Materna en Puebla	36-41
VI.- FUENTE DE DATOS:	
Bibliografías	41-42
VII.- ANEXOS	43

INTRODUCCIÓN.

La palabra OBSTETRICIA; deriva del Latín Obstetrix, que significa comadrona, pero en los diccionarios deriva del verbo OBSTARE, que significa estar al lado ó delante de, por lo que los etimólogos la deducen como; “ La mujer que asiste a la parturienta”⁽¹⁾.

Obstetrics (obstetricia), es de uso reciente, publicado en 1819, éste término se discutió también en la literatura inglesa en 1623; con Obstetricatory, en 1640; con Obstetricious, hasta 1775; con Obstetrical.

En sentido más amplio atañe a la Obstetricia; la reproducción de una sociedad, la asistencia obstétrica adecuada es la que promueve la salud y el bienestar, tanto físico como mental, en jóvenes y su descendencia, y por otro lado les ayuda a desarrollar actitudes sanas hacia el sexo, y la vida familiar.

OBSTETRICIA: Es la rama de la medicina que trata del parto, sus antecedentes y secuelas, por lo que le conciernen todo los fenómenos y el tratamiento del embarazo, parto y puerperio, tanto en circunstancias normales como anormales. Es indispensable conocer la terminología anterior para comprender mejor el tema a estudiar que es la “HISTORIA NATURAL DE LA MORTALIDAD MATERNA”.

La Mortalidad Materna aún constituye en nuestro país un importante problema de salud Pública y representa una verdadera inequidad social y de género, particularmente si se considera que sus principales causas son totalmente prevenibles.

De origen multifactorial las defunciones maternas, se asocian al acceso y disponibilidad de información y servicios médicos de calidad, así como al nivel de desarrollo socio-económico, incluidas; la condición nutricional, escolaridad de la población y condiciones sanitarias de las localidades, a medida que mejoren éstas condiciones sociales y económicas desfavorables, la diferencia racial en las tasas de Mortalidad Materna, disminuirán sin ningún género de dudas.

En el contexto integral de Salud Reproductiva las estrategias tendientes a disminuir la Morbilidad y Mortalidad asociadas al embarazo, parto y puerperio se han reorientado a la búsqueda de un equilibrio entre acciones de prevención e intervención.

El número de muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos ha disminuido notablemente en el último cuarto de siglo. En 1950; la tasa de Mortalidad Materna era de 83.3 ó 1 por 1,200 nacimientos vivos, en 1960; 37.1, en 1970; 21.5, y en 1974; sólo se comunicaron 462 muertes maternas directas, ó 1 por 6,900 nacimientos.

II

OBJETIVO.

“Es reducir al mínimo el número de mujeres y de niños que mueren a consecuencia del proceso reproductor ó que quedan física, intelectual ó emocionalmente lesionadas al finalizar ésta experiencia”.

III.

MARCO CONCEPTUAL.

ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO ⁽¹⁾

Los Órganos de Reproducción de la Mujer se Clasifican en:

- **Órganos Genitales Externos:** Junto con la vagina intervienen en el coito.
- **Órganos Genitales Internos:** Verifican la ovulación, proporcionan lugar para la fertilización del óvulo, transportan al blastocisto, implantan al cigoto, en definitivo son un medio adecuado para el desarrollo y nacimiento del feto.

ORGANOS GENITALES EXTERNOS: Conocidas como partes pudendas se les designa con el nombre de **VULVA**, que incluye las estructuras visibles desde el borde inferior del pubis hasta el perineo y son: Monte de Venus, Labios Mayores y Menores, Clítoris, Vestíbulo, Himen, Orificio Uretral y diversas estructuras **Glandulares y Vasculares**.

- **MONTE DE VENUS;** Después de la pubertad su piel se reviste por el vello pubiano y su distribución ocupa un espacio triangular, cuya base corresponde al borde superior de la sínfisis.
- **LABIOS MAYORES;** Son dos pliegues de tejido adiposo cubiertos de piel, y presentan variaciones por ejemplo son menos prominentes en las mujeres que han parido y en la ancianidad suelen estar arrugados, en las niñas y adultas vírgenes suelen estar muy juntos, en tanto en las multíparas aparecen por lo común abiertos. En las nulíparas la cara interna es húmeda, en las multíparas semeja a la piel, pero no la cubre pelo.
- **LABIOS MENORES ó NINFAS;** Varían grandemente de tamaño y forma de una mujer a otra, en las nulíparas los cubren los labios mayores, en las multíparas se proyectan por fuera de los labios mayores, en las nulíparas a su vez es fácilmente ver la horquilla, en tanto que en las multíparas están contiguos a los mayores, son sumamente sensibles, debido a que están provistos por abundantes terminaciones nerviosas.

- **CLÍTORIS**; Homólogo del pene, forma el prepucio, y frenillo del clítoris, consta además de glande, un cuerpo y dos pilares, rara vez supera los 2cms, de longitud, ni en estado de erección.
- **VESTÍBULO**; Estructura funcionalmente madura del seno urogenital del embrión, perforado por seis aberturas que son; Uretra, Vagina, Conductos de las Glándulas de Bartholin, Conductos y Glándulas de Skene. En las nulíparas se puede observar la fosa navicular, que posteriormente se oblitera después del parto. Las Glándulas de Bartholin, secretan material mucoso durante la excitación sexual y sus conductos pueden albergar gonococos u otras bacterias que provocan supuración y un absceso de la dicha glándula.
- **ORIFICIO URETRAL**; Conocidos Como Conductos de Skene, son de pequeño calibre y longitud variable.
- **BULBOS VESTIBULARES**; Conjuntos de venas en forma de almendra, próximos a las ramas isquiopúbicas y cubiertos por los músculos isquiocavernosos.
- **ORIFICIO VAGINAL E HIMEN**; En las vírgenes queda oculto por los labios menores, en la niña recién nacida tiene vascularización abundante, en la mujer gestante, el epitelio está engrosado y con gran cantidad de glucógeno, después de la menopausia el epitelio se adelgaza.
- **VAGINA**: Entre sus funciones se considera un canal excretor del útero en el cual fluyen las secreciones y el flujo menstrual, es el órgano femenino de la copulación, desde la infancia hasta la menopausia, existe una gran cantidad de glucógeno en las células de la mucosa vaginal, y en dichas células se pueden identificar procesos hormonales del ciclo ovárico., en la mujer no embarazada la vagina se encuentra húmeda gracias a la secreción uterina, en el embarazo hay abundante secreción vaginal con aspecto mantecoso, y de reacción ácida, ésta se atribuye al metabolismo del glucógeno de las células de la mucosa por los lactobacilos. En cuanto al pH, antes de la pubertad, es de 6,8 y 7,2; en la mujer adulta entre 4 y 5..
- **PERINEO**; Formado por dos diafragmas: el pélvico constituido por los músculos del elevador del ano, y coccígeos; y el urogenital constituido por músculo transverso profundo del perineo, y constrictor de la uretra.
- **CUERPO PERINEAL**; Es el soporte del perineo, y con frecuencia se desgarran durante el parto.

ORGANOS GENITALES INTERNOS: Verifican la ovulación, proporcionan un lugar para la fertilización del óvulo, transportan al blastocisto, implantan al cigoto, es decir, son un medio adecuado para el desarrollo y nacimiento del feto y está constituido por;

- **UTERO**; Durante el embarazo, sirve para recibir, implantar, retener y nutrir el óvulo fecundado, que se expulsa durante el parto. En cuánto a forma y tamaño varía según la edad y número de partos; en la mujer adulta nulípara mide de 2,5 a 3,5 cm de longitud y pesa de 50 a 70 g; en la múltipara mide 9 a 10 cm y pesa de 80g, en las niñas el cuerpo tiene la mitad de longitud del cuello; en las nulíparas ambos tienen más o menos la misma longitud; y en las múltiparas se invierte la relación, después de la menopausia, disminuye el tamaño del útero.

HORMONAS DE LA REPRODUCCIÓN₍₂₎

HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GnRH); Única porque regula de manera simultánea la secreción de dos hormonas, FSH y LH, su secreción debe ser pulsátil para ser eficaz, e influye en la descarga de las dos Gonadotropinas. La GnRH, se emplea para controlar los ciclos de inducción de la ovulación, y como tratamiento en la pubertad precoz, hiperandrogenismo ovárico, leiomiomas y cánceres dependientes de hormonas, y en cuanto a su potencia podría emplearse para tratar el dolor pélvico y síndrome premenstrual, lo mismo que para la anticoncepción.

OPIOIDES ENDOGENOS y efectos sobre la Hormona Liberadora de Hormona Luteotrópica; Son tres familias relacionadas de sustancias naturales producidas por el Sistema Nervioso Central, que representan los ligandos naturales para los receptores de opioides, y son tres clases principales:

- **1°. ENDORFINAS;** Se producen en el Hipotálamo a partir de la sustancia precursora pro-opiomelanocortina (POMC), entre sus actividades; regula la temperatura, el apetito, el humor y la conducta.
- **2°. ENCEFALINAS;** Funcionan en la regulación del Sistema Nervioso Vegetativo.
- **3°. DINORFINAS;** Funciones semejantes a la endorfinas, y son producidos por la precursora proencefalina B.

HORMONAS HIPOFISIARIAS; La Hipófisis anterior es la encargada de la secreción de factores liberadores de hormonas de primera importancia; conocidas como Gonadotropinas son las siguientes; FSH, LH, TSH, GH y PROLACTINA,

- Las hormonas FSH y LH; regulan la secreción de esteroides sexuales ováricos.
- Las hormonas TSH y ACTH; regulan la secreción de glucocorticoides por la corteza suprarrenal.
- Las hormonas GH y Prolactina; se originan en la adenohipófisis.

LAS GONADOTROPINAS FSH y LH; Son las encargadas de la estimulación folicular ovárica, estructuralmente tienen gran semejanza.

PROLACTINA; Se encuentra bajo control inhibitorio tónico de la secreción hipotálmica de factor inhibitorio de prolactina (PIF), que viene siendo la dopamina, por lo que su disminución de ésta aumenta la síntesis de Prolactina, y clínicamente causa amenorrea y galactorrea.

- **HIPOFISIS POSTERIOR;** Está compuesta por tejido nervioso, es una extensión directa del Hipotálamo y secreta dos hormonas; OXITOCINA Y ARGININA VASOPRESINA; entre sus funciones de ambas hormonas se encuentran: la modulación de la actividad sexual, y el apetito, consolidación del aprendizaje y la memoria, regulación de la temperatura y de las conductas maternas.

OXITOCINA; Su función primaria es la estimulación de dos tipos específicos de contracciones musculares; el primer tipo; contracción muscular uterina, durante el parto, el segundo tipo; contracciones mioepiteliales del conducto lactífero de la mama durante el reflejo de “bajada” de la leche.

ARGININA VASOPRESINA (AVP) u HORMONA ANTIDIURÉTICA (ADH), Su función es la regulación del volumen, la presión y la osmolaridad de la sangre circulante.

FISIOLOGÍA DEL CICLO MENSTRUAL (2):

Durante el Ciclo Menstrual normal ocurre una producción cíclica ordenada de hormonas y proliferación paralela de la túnica interior del útero como preparación para que se implante el embrión. Los trastornos del Ciclo Menstrual y, de manera semejante, los de la fisiología menstrual, pueden ocasionar diversos estados patológicos, entre ellos esterilidad, aborto recurrente y lesiones malignas.

DEFINICIONES DE LAS	IRREGULARIDADES DEL CICLO MENSTRUAL.
OLIGOMENORREA	Hemorragias infrecuentes y de aparición irregular que suelen ocurrir a intervalos de más de 35 días.
POLIMENORREA.	Hemorragias frecuentes pero de aparición regular que suelen ocurrir a intervalos de 21 días ó menos.
MENORRAGIA	Hemorragias de aparición irregular que son excesivas(menor 80ml) y de duración prolongada del flujo (mayor 5días).
METRORRAGIA	Hemorragia de aparición irregular.
MENOMETRORRAGIA	Hemorragia prolongada excesiva que se produce a intervalos frecuentes pero irregulares.
HIPOMENORREA	Hemorragia que ocurre con regularidad y en cantidad disminuida.
HEMORRAGIA INTERMENSTRUAL	Hemorragia (por lo general no en cantidad excesiva), que se produce entre ciclos menstruales por lo demás normales.

CICLO MENSTRUAL HUMANO NORMAL. Se puede dividir en dos segmentos con base en el órgano que se examina en cada uno y son:

- **CICLO OVARICO;** A su vez se divide en dos fases. Folicular y Lútea.
- **CICLO UTERINO;** Se divide en dos fases; Proliferativa y Secretoria.
- **Fase Folicular;** Promueve el desarrollo ordenado de un solo folículo dominante, que debe madurar a la mitad del ciclo y prepararse para la ovulación, su duración promedio varía entre 10 y 14 días.
- **Fase Lútea;** Abarca el tiempo transcurrido entre la ovulación y el principio de la menstruación con una duración promedio de 14 días.

El Ciclo Menstrual Normal, varía entre 21 y 35 días, con dos a seis días de flujo sanguíneo y pérdida de sangre de 20 a 60ml, y sólo cerca de dos terceras partes de mujeres adultas, tienen ciclos que duran de 21 a 35 días. Los extremos de la vida reproductiva (después de la menarquía y durante el período perimenopaúsico), causan un porcentaje más elevado de ciclos anovulatorios ó que ocurren con irregularidad.

VARIACIONES HORMONALES:(2)

A continuación se presentan las etapas de las variaciones Ováricas, Uterinas, y Hormonales durante todo el Ciclo Menstrual Normal.

1º. Al principio de cada ciclo menstrual las concentraciones de esteroides gonadales son bajas y están disminuyendo desde el final de la Fase Lútea del ciclo previo.

2º. Al perderse el Cuerpo Lúteo se incrementan las concentraciones de FSH, se recluta una cohorte de folículos que secreta cada uno estrógenos conforme crecen y llegan a la Fase Folicular, esto estimula la proliferación endometrial uterina.

3º. Las concentraciones crecientes de estrógenos, producen retroalimentación negativa sobre la secreción hipofisiaria de FSH, que empieza a desvanecerse hacia el punto medio de la Fase Folicular, a la inversa, la producción de LH se estimula al principio por la secreción de Estrógenos durante toda la Fase Folicular.

4º. Al final de la Fase Folicular, (justo antes de la ovulación), se encuentran receptores de LH inducidos por la FSH en las células granulosas, y al recibir la estimulación de la LH, modulan la secreción de progesterona.

5º. Después de un grado suficiente de estimulación estrogénica, se desencadena la fase rápida de secreción de LH, que es la causa más directa de la ovulación que se produce 24 a 36 horas más tarde. La Ovulación anuncia la transición hacia las Fases Lútea y Secretoria.

6º. Disminuye la concentración de Estrógenos durante el principio de la Fase Lútea como continuación de un proceso que se inicia justo antes de la ovulación, y prosigue hasta la parte media de la Fase Lútea, para empezar a incrementarse dicha concentración de nuevo como resultado de la secreción por el Cuerpo Lúteo.

7º. Las concentraciones de Progesterona se incrementan de manera precipitada después de la ovulación, y se pueden emplear como posible signo de que ésta ha ocurrido.

8º. Las concentraciones tanto de Estrógenos como de Progesterona se conservan elevadas durante toda la vida del Cuerpo Lúteo, y a continuación se desvanecen cuando se pierde éste último, y por tanto establecen la etapa para el siguiente ciclo.

UTERO Y SUS CAMBIOS CICLICOS DEL ENDOMETRIO:⁽²⁾

- **FASE PROLIFERATIVA;** El primer día de la hemorragia vaginal se denomina Primer día del Ciclo Menstrual, después de la Fase Proliferativa, el endometrio es relativamente delgado (1 a 2mm), las glándulas endometriales evolucionan al principio rectas, estrechas y cortas para después convertirse en elementos más largos y tortuosos.
- **FASE SECRETORIA;** En el Ciclo de 28 días, la ovulación se produce el día 14, en un plazo de 48 a 72 horas después de ocurrida la ovulación, en contraste con la Fase Proliferativa, la Fase Secretoria se caracteriza por los efectos celulares de la Progesterona además de los producidos por los Estrógenos, durante los días sexto y séptimo después de la ovulación, la actividad secretoria de las glándulas es máxima y el endometrio se encuentra preparado a nivel óptimo para implantación del blastocisto.

MENSTRUACIÓN. En ausencia de la implantación, se interrumpe la secreción glandular, y ocurre una desintegración irregular de la decidua funcional, y su desprendimiento de ésta capa del endometrio, lo denominamos; "Menstruación", la causa más directa es la destrucción del Cuerpo Lúteo, producción de Estrógenos y Progesterona, al desaparecer los esteroides sexuales, ocurre un espasmo profundo de las arterias espirales, que producen isquemia endometrial simultáneamente se desintegran los lisosomas, descarga enzimas proteolíticas, promoviendo mayor grado de destrucción del tejido local, durante todo el Ciclo Menstrual se producen prostaglandinas, las cuales producen contracciones miométriales que disminuyen el flujo sanguíneo local de la pared uterina, y puede servir para la expulsión física del tejido endometrial desprendido desde el útero.

OVULACIÓN; Representa una expulsión lenta del oocito a través de esta abertura en el folículo, más que el estallamiento de la estructura folicular.

LA PAREJA HUMANA.⁽³⁾

Es importante puntualizar qué es la sexualidad humana, y qué se entiende por sexo, para conocer más el comportamiento del ser humano, y poder entender lo que es un embarazo, parto y puerperio.

SEXUALIDAD; Es el conjunto de características biológicas, psicológicas, sociales y culturales que confieren al ser humano la calidad de hombre o mujer, y que los hace tener relaciones interpersonales.

SEXO BIOLÓGICO; " Es el conjunto de caracteres anatómicos y fisiológicos que hacen diferentes a los individuos masculinos y femeninos entre sí; dichos caracteres permiten que se complementen para llevar al cabo la función reproductiva".

Los órganos sexuales tienen gran importancia en nuestra sociedad, ya que constituyen la primera característica orgánica que observa el médico, la madre y los asistentes a un parto, aun antes de certificar otros datos del nuevo ser tales como peso, tamaño, salud y normalidad.

ORIENTACIÓN SEXUAL; Es la atracción, gusto ó preferencia que manifiesta un individuo para elegir un compañero sexual.

EDUCACIÓN SEXUAL; Es proporcionar al niño, adolescente ó adulto los conocimientos necesarios sobre el sexo, para que asuma actitudes, adopte normas y forme sus propios valores que le permitan alcanzar la salud sexual.

LA OMS define a la “Educación Sexual”, como; “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, e intelectuales del ser sexual, de manera que enriquezcan y amplíen su personalidad, la comunicación y el amor”.

El Objetivo es; proporcionarles los conocimientos y elementos de juicio necesarios para que pueda realizarse plenamente como ser humano y ejercer su función sexual en forma responsable, no sólo como fuente de placer físico ó como mecanismo reproductor aislado, sino conjuntado todos los factores físicos y psicológicos que intervienen en la sexualidad, sintiendo el compromiso que tiene consigo mismo, con su cónyuge ó compañero sexual y con la sociedad en cuyo seno se desarrolla.

EL MEDICO COMO ORIENTADOR SEXUAL.

El Ginecólogo; es el orientador natural de las personas que le consultan acerca de problemas sexuales específicos, por ello, debe contar con los conocimientos necesarios para llevar a cabo esta tarea.

Las mujeres adultas lo consultan en demanda de información sobre diversos aspectos sexuales, como la fisiología de la reproducción, y la forma de programar la descendencia, también le aclara dudas a la pareja al respecto, que muchas de las veces es información errónea ó tendenciosa, que no sólo les resulta inútil sino que los confunde al tomar decisiones.

DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO⁽¹⁾

SIGNOS POSITIVOS DEL EMBARAZO; Se identifican tres tipos que son:

- **1º. Identificación del Latido Cardiaco Fetal;** Se ausculta mediante estetoscopio hacia las 17 semanas de gestación por término medio y hacia las 19 semanas, la frecuencia oscila entre 120 y 160 latidos por minuto, y por Doppler se detecta de las 12 a 14 semanas.
- **2º. Movimientos Fetales activos percibidos por el médico;** Se identifican, pasadas las 20 semanas de gestación colocando la mano sobre el abdomen de la madre, y varían desde un débil aleteo en los primeros meses hasta movimientos rápidos, a veces visibles.
- **3º. Reconocimientos del Feto;** mediante ecografía se puede demostrar de 4 a 5 semanas después de la amenorrea, y después de 6 semanas se identifica el pequeño anillo blanco gestante, el tercer método de diagnostico positivo por medio de radiología es después de 16 semanas de gestación el esqueleto será visible dependiendo del grosor de la pared abdominal.

EVIDENCIAS PROBABLES DE EMBARAZO;

Se incluyen los siguientes signos;

1º. Agrandamiento del Abdomen; Se percibe a las 12 semanas a través de la pared abdominal, aunque se manifiesta menos en nulíparas que en múltiparas, pues éstas últimas han perdido en parte su tono de la musculatura abdominal que es más flácido.

2º. Cambios en la forma, tamaño y consistencia del útero; El cuerpo a las 12 semanas tiene un diámetro medio e 8 cm., el cuerpo gestante parece elástico, mientras que a la sexta ú octava semana se manifiesta el **SIGNO DE HEGAR** positivo.

3º. Cambios en el Cuello Uterino; A las 6 u 8 semanas se vuelve muy blando, a menudo que el embarazo progresa el canal cervical puede estar abierto para admitir la punta del dedo del explorador.

4º. Contracciones de Braxton-Hicks; Dichas contracciones no son signo positivo de embarazo puesto que contracciones similares se observan a veces en casos de miomas blandos.

5º. Peloteo; Debido a que el feto es pequeño en comparación con el volumen del líquido amniótico y al haber una presión brusca sobre el abdomen el feto se hunde causando un peloteo.

6º. Delimitación del Feto; Se palpa los límites del cuerpo fetal a la segunda mitad del embarazo.

7º. Pruebas Endocrinas; Se hace la detección química del embarazo, demostrando la presencia de HCG en la sangre ó en la orina, y se puede demostrar la fracción beta a los 8 ó 9 días después de la ovulación.

PRUEBAS PRESUNTIVAS DE EMBARAZO. Comprenden, en gran parte, los síntomas subjetivos y los signos apreciados por la mujer. Y son;

1º. Suspensión de la Regla; Cuando falta el segundo período menstrual.

2º. Los cambios en las Mamas: Más característico en las primigrávidas que en las múltiparas cuyas mamas pueden contener una pequeña cantidad de leche ó calostro durante meses ó incluso años después del último parto.

3º. Decoloración de las mucosa y piel de Vagina y Vulva; Signo de Chadwick, la mucosa vaginal aparece con frecuencia de un color azul ó rojo purpúreo ó congestionado.

SÍNTOMAS:

- **1º. Náuseas con vómitos ó sin ellos; Es la llamada “Enfermedad Matinal del Embarazo”, inicia en los primeros momentos del día, pero se desvanece en pocas horas, y aparecen alrededor de 6 semanas después del último mes y desaparecen espontáneamente de 6 a 12 semanas más tarde.**
- **2º. Trastornos Miccionales; En las primeras semanas el útero se agranda causando tenesmo vesical, la frecuencia de la micción continúa durante los primeros meses y desaparece de manera gradual a medida que el útero asciende en el abdomen, y reaparece al final del embarazo, cuando la cabeza del feto desciende hacia la pelvis materna.**
- **3º. Fatiga; Es frecuente en los primeros tiempos del embarazo.**
- **4º. Sensación de Movimiento Fetal; Entre las 16 y 20 semanas después del inicio del período, se perciben ligeros movimiento de aleteo en el abdomen que van aumentando de intensidad, es debido a la actividad fetal, es la primera manifestación de vida, pero tiene poco valor diagnóstico.**

CONCEPTO E IDENTIFICACIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO.⁽⁴⁾

DEFINICIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO; Son aquellas situaciones maternas y fetales que aumentan la Morbilidad y Mortalidad del binomio durante el Embarazo, Parto y Puerperio con la posibilidad de dejar niños con déficit orgánico y mental, este concepto es de Salud Pública, ya que tiene como meta primaria la prevención de todas las enfermedades humanas en sus diferentes aspectos.

Para identificar un Embarazo de Alto Riesgo, se incluyen los siguientes factores generales, gestacionales, fetales, enfermedades sistémicas generales o patología gestacional, causas ambientales y sociales:

- **EDAD; menos de 16 más de 35 años.**
- **PESO; menos de 45 ó más de 91 kg.**
- **Grandes MULTIPARAS.**
- **Cualquier antecedente de PARTO OPERATORIO.**
- **Antecedente de embarazo con trabajo de PARTO PROLONGADO.**
- **Antecedente de PERDIDA FETAL TEMPRANA.**
- **Los dos últimos embarazos terminaron en MUERTE FETAL antes de las 20 semanas.**
- **Antecedentes de PERDIDA FETAL AVANZADA.**
- **Nacimientos de PREMATUROS VIVOS.**
- **Antecedentes de MUERTE NEONATAL.**
- **Antecedente RECIEN NACIDO TRAUMATIZADO o con PARÁLISIS CEREBRAL, RETARDO MENTAL, TRASTORNO NEUROLÓGICO.**

- **ENFERMEDAD HIPERTENSIVA.**

- **NEFROPATIAS.**
- **DIABETES.**
- **TOXEMIA.**
- **CANCER**
- **Isoinmunización al Rh Negativo ó a cualquier otro factor.**
- **Enfermedad Tiroidea.**
- **Trastornos Hereditarios.**
- **Enfermedad Cardiovascular.**
- **Padecimientos Hematológicos.**
- **Lupus Eritematoso.**
- **Tuberculosis.**
- **Desnutrición Grave.**
- **Alcoholismo ó Narcomanía.**
- **Psicosis Grave.**
- **Enfermedades Neurológicas.**
- **HEMORRAGIAS después de 18 semanas de gestación.**
- **ANEMIAS graves, menos de 5gr. De Hemoglobina.**
- **Embarazo múltiple.**
- **Presentaciones Anormales.**
- **Polihidramnios.**
- **Tabaquismo.**
- **Haber estado sometida a fármacos ó Rx ó radiaciones, durante el primer trimestre.**

IDENTIFICACIÓN DEL EMBARAZO.

Para cualquier descripción de la madurez fetal, es necesario distinguir entre **Crecimiento y Desarrollo**, además de **Desarrollo Integral y Madurez Fetal**.

CRECIMIENTO; Es el aumento en las dimensiones espaciales de una de las partes ó del total del feto y puede ser medido como longitud ó como peso.

DESARROLLO; Indica la adquisición y el incremento en la habilidad y complejidad de la función utilizándose como sinónimo los términos de maduración, diferenciación ó desarrollo.

DESARROLLO INTEGRAL; Es una evolución armónica de todas las funciones hasta llegar al equilibrio fisiológico necesario.

MADUREZ FETAL; Es un concepto biológico que reúne al máximo de condiciones fisiológicas que hacen apto al recién nacido para la vida extrauterina, y va de acuerdo al tiempo de gestación, teniendo teóricamente un desarrollo y un crecimiento óptimo que puede hacerle sobrevivir en el ambiente extrauterino cuando alcanza las 38 o 42 semanas,

Existen parámetros que nos permiten conocer el Estado de Crecimiento y Madurez Fetal y son;

- **CLINICOS;** Fecha de amenorrea, apreciación del crecimiento uterino, aparición de movimientos fetales y crecimiento fetal.
- **RADIOLÓGICOS;** Puntos de osificación y diámetro cefálico.
- **ECOSONOGRÁFICOS;** Relación del diámetro biparietal y corporal.
- **BIOQUÍMICOS;** Valoración del líquido amniótico, relación lecitina/esfingomielina, número de células naranjas, dosificación de alfa feto proteína, creatinina y densidad óptica del líquido amniótico.

CUIDADOS PRENATALES: ⁽¹⁾

OBJETIVO; “Es asegurarse de que todo embarazo deseado culmine en un niño sano sin deterioro de la salud de la madre, por lo que es imprescindible que el médico que asume la responsabilidad de la asistencia prenatal esté muy familiarizado con los cambios que entran dentro de la normalidad así como con las anomalías impuestas por el embarazo, en tanto que una mala asistencia prenatal puede ser peor que no hacer nada en absoluto”.

TERMINOLOGÍA:

DEFINICIONES;

- **NULIGESTA;** Es la mujer que no está y nunca ha estado embarazada.
- **GRÁVIDA;** Mujer que está ó ha estado preñada, si es primer embarazo se transforma en primigrávida y si son sucesivos, multigrávida.
- **NULIPARA;** Mujer que nunca ha terminado un embarazo más allá del aborto.
- **PRIMÍPARA;** Mujer que ha dado a luz una vez uno ó varios fetos viables.
- **MULTIPARA;** Mujer que ha llevado dos o más embarazos viables.
- **PARTURIENTA;** Mujer en trance de parto.
- **PUERPERA;** Mujer que acaba de dar a luz.

DURACIÓN NORMAL DEL EMBARAZO; La duración media del Embarazo, se calcula a partir del primer día del último período menstrual, es de unos 280 días ó 40 semanas.

Se puede calcular por medio de la **REGLA DE NAEGELE;** A la fecha de nacimiento se añaden 7 días a la fecha del primer día del último período menstrual normal y descontar 3 meses.

Se acostumbra además dividir el embarazo en trimestres de algo más de 13 semanas ó 3 meses de calendario cada uno, pues clínicamente describe la duración de un embarazo específico cuando deba ser abandonado, y la **UNIDAD** de medida clínica apropiada es la de **SEMANAS DE GESTACIÓN CUMPLIDAS.**

EXPLORACIÓN EXHAUSTIVA INICIAL;

La exploración tiene tres objetivos principales que son;

- 1°. Definir la situación sanitaria de la madre y el feto.
- 2°. Determinar la edad gestacional.
- 3°. Iniciar un plan para continuar la asistencia obstétrica.

EXPLORACIÓN OBSTETRICA; Se visualiza el cuello uterino, se efectúa un escobillado, y luego un raspado, para detectar anomalías citológicas, hiperemia pasiva del cuello de coloración violácea, Quistes de Naboth, cuello dilatado, , secreciones vaginales si es de color blanco es normal, pero si es amarillo espumoso descartar una Trichomona. Entre las semanas 18 y 32 de la gestación se puede determinar la altura del fondo del útero para correlacionarla con la edad del feto en semanas.

EXPLORACIÓN FÍSICA; Se incluye el examen de la dentadura, buscar venas varicosas y si se perciben estimular el drenaje postural y uso de medias elásticas para reducir complicaciones.

OTRAS INSTRUCCIONES. Referente a dieta, sueño, relajación, hábitos intestinales, ejercicio baños, vestidos, diversiones, tabaco, ingestión de fármacos y alcohol, visitas de control y comunicar cuando haya las siguientes señales de peligro:

- Toda Hemorragia Vaginal.
- Hinchazón de la cara ó dedos.
- Cefaleas graves ó continuas.
- Visión disminuida ó borrosa.
- Dolor abdominal.
- Vómitos persistentes.
- Escalofríos ó fiebre.
- Disuria.
- Pérdida de líquido por la vagina.
- Cambios importantes de frecuencia ó intensidad de los movimientos fetales.

CUIDADOS PRENATALES POSTERIORES.

VISITAS POSTERIORES; Se efectúan a intervalos de un mes durante los 7 primeros meses, luego cada 2 semanas hasta el último mes y semanalmente a partir de entonces.

RUIDOS CARDIACOS FETALES AUDIBLES:; Pueden oírse entre las semanas 16 y 19 de embarazo.

ALTURA DEL FONDO; Se determina por encima de la sínfisis entre las semanas 20 y 31 de la gestación y es igual a la edad del embarazo en semanas.

EDAD GESTACIONAL; Es importante conocerla, pues pueden desarrollarse complicaciones cuyo tratamiento óptimo dependerá de la edad fetal, por ejemplo una Hipertensión Materna a las 38 semanas, el tratamiento correcto es el parto, en tanto si tiene 28 semanas, se da tratamiento médico y se retrasa el parto de un feto cuando es muy prematuro.

VIGILANCIA PRENATAL. Se obtiene por interrogatorio y exploración lo siguiente;

FETAL;

- Frecuencia Cardíaca Fetal.
- Tamaño actual del feto y cambios producidos.
- Cantidad de líquido amniótico.
- Presentación y situación (embarazo avanzado).
- Actividad Fetal.

MATERNA;

- Presión sanguínea actual y cambios producidos.
- Peso actual y cambios producidos.
- Síntomas como cefaleas, dolor abdominal, etc.
- Distancia desde sínfisis al fondo del útero.
- Exploración vaginal al final del embarazo, para confirmar parte presentada,
- Posición, medición clínica de la pelvis, consistencia borramiento y dilatación del cuello.

AUMENTO DE PESO EN EL EMBARAZO; Un embarazo normal aumenta de 9kgs, que incluye; 4.9kgs de contenido intrauterino, (feto-3.4kgs, placenta y membranas-700g, líquido amniótico-900g, contribución materna-3.1kg, útero-1.1kg, sangre-1-6kgs, mamas-450g).

CONDUCTA DEL PARTO NORMAL ⁽¹⁾

INGRESO AL HOSPITAL; Es importante que la madre ingrese en seguida que empiece el parto y no espere hasta el final por miedo a estar experimentando un falso parto.

DIAGNOSTICO DEL PARTO; Historia Clínica Completa, más lo siguiente:

- Examen Físico, para determinar estado general de la madre y el feto.
- Se evalúa abdominalmente el ritmo cardíaco, presentación y tamaño fetal.
- Tratamiento del Primer período; control y estado fetal durante el parto, ritmo cardíaco fetal, contracciones uterinas, analgesia.
- Tratamiento del Segundo período; frecuencia cardíaca fetal, preparación para el parto, .
- Tratamiento del Tercer período; Signos de desprendimiento de placenta,
- Expulsión de la placenta, y su extracción manual.
- Tratamiento del Cuarto Período; Episiotomía y reparación.

MECANISMO DEL PARTO NORMAL⁽¹⁾

PRESENTACIÓN OCCIPITAL;

1º. Posiciones Occipitotransversas; Su exploración se hace mediante las Maniobras de Leopold, que son cuatro;

- **Primera; Fondo ocupado por las nalgas.**
- **Segunda; Partes pequeñas a la derecha.**
- **Tercera; Negativa si la cabeza está encajada; y positiva si la cabeza movible es detectada en la entrada de la pelvis.**
- **Cuarta; Prominencia cefálica a la derecha.**

2º. Posiciones Occipitoanteriores; La cabeza penetra en la pelvis con el occipital en rotación de 45° , su exploración es similar al primero.

3º. Posiciones Occipitoposteriores: Su incidencia es del 10%, y la más frecuente occipitoposterior derecha que la izquierda, a la exploración vaginal de la primera la fontanela menor se palpa en el lado opuesto.

MOVIMIENTOS CARDINALES DEL PARTO.

1º. ENCAJAMIENTO; El diámetro biparietal, atraviesa la entrada de la pelvis, y se puede presentar en las últimas semanas del embarazo ó no presentarse, hasta el inicio del parto.

2º. DESCENSO; En la nulípara puede presentarse dependiendo si hubo encajamiento ó no, antes del inicio del parto, pero en la multípara el descenso comienza con el encajamiento y se debe a las fuerzas siguientes; presión del liquido amniótico, presión directa del fondo sobre las nalgas, contracción de los músculos abdominales, y extensión y enderezamiento del cuerpo del feto.

3º.FLEXION; Se presenta cuando la cabeza que desciende encuentra un resistencia, es decir el mentón es apretado sobre el tórax fetal y el diámetro suboccipitobregmático más corto es sustituido por el diámetro occipitofrontal más largo.

4º. ROTACIÓN INTERNA; Consiste en una rotación de la cabeza de forma que el occipucio se mueve de manera gradual desde su posición original, hasta la concavidad del sacro,

5º. EXTENSIÓN; Después del paso anterior la cabeza flexionada alcanza la vulva, se extiende y pasa sobre el perineo el occipucio, bregma, frente, nariz, boca y finalmente el mentón, éste descansa sobre la región anal materna.

6º. ROTACIÓN EXTERNA; La cabeza al ser expulsada experimenta una restitución, para que un hombro esté en posición anterior por detrás de la sínfisis del pubis y el otro se encuentra en posición posterior.

7º. EXPULSIÓN; Se presenta casi inmediatamente después del paso anterior, aparece por debajo de la sínfisis pubiana el hombro anterior y poco después, el hombro posterior distiende el perineo y al haber el desprendimiento de los hombros, es expulsado rápidamente el resto del cuerpo.

III

ANTECEDENTES TÉCNICOS.

LEY GENERAL DE SALUD.⁽⁵⁾

CAPITULO 1.

DISPOSICIONES GENERALES.

Artículo 1º. Este Reglamento es de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social y tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud, en lo que se refiere a la prestación de servicios de atención médica.

Artículo 7º. Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

- I. Atención Médica.-** Es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.
- II. Servicio de Atención Médica.-** Es el conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.
- III. Establecimiento Para La Atención Médica.-** Todo aquel, público social ó privado, fijo ó móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria ó para internamiento de enfermos, excepto consultorios.
- IV. Demandante.-** Es toda aquella persona que para sí ó para otro solicite la prestación de servicios de atención médica.
- V. Usuario.-** Es toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.
- VI. Paciente Ambulatorio.-** Es todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesite hospitalización.

- VII. Población de Escasos Recursos.- Son las personas que tienen ingresos equivalentes al salario mínimo vigente en la zona económica correspondiente, así como sus dependientes económicos.**

TITULO PRIMERO.

Disposiciones Generales. Capítulo Único.

ARTICULO 3º. En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

- I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III, Y IV, de ésta LEY;**
- II. La Atención Médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables.**
- III. La coordinación, evaluación, y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II;**
- IV. La Atención Materno- Infantil.**
- V. La Planificación Familiar.**
- VI. La Salud Mental.**
- VII. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.**
- VIII. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud.**

TITULO TERCERO.

Prestación de los Servicios de Salud.

Capitulo V.

Atención Materno – Infantil.

ARTICULO 61. La Atención Materno – Infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

- I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.**

- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, y
- III. La promoción de la integración y del bienestar familiar.

Artículo 62. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la Mortalidad Materna e Infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

Artículo 64. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención Materno – Infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán;

- I. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios.
- II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la Lactancia Materna y , en su caso la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo Materno Infantil.

Artículo 65. Las autoridades sanitarias, educativas, y laborales en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán;

- I. Los programas para padres destinados a promover la atención Materno – Infantil;
- II. La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas.

Capítulo VI.

Servicios de Planificación Familiar.

ARTICULO 67. La Planificación Familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo productivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años ó bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna eficaz y completa a la pareja.

ARTICULO 68. Los servicios de Planificación Familiar comprenden;

- I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de Planificación Familiar y Educación Sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población.
- II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de Planificación Familiar.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SEVICIOS DE ATENCIÓN MEDICA.⁽⁶⁾

Capítulo V.

Disposiciones para la Prestación de Servicios de Atención Materno – Infantil.

Artículo 96. Para los efectos de este Reglamento se entiende por;

- I. **HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO:** Todo establecimiento médico especializado que tenga como fin la atención de las enfermedades del aparato genital femenino, del embarazo, el parto y el puerperio.

Artículo 97.- Sólo podrán ser responsables de un hospital gineco – obstétrico, los médicos especializados en gineco – obstetricia, con un mínimo de 5 años en el ejercicio de la especialidad.

Artículo 99.- Los responsables de un hospital Gineco – Obstétrico tendrán la obligación de tomar las medidas necesarias para disminuir la Morbilidad y Mortalidad Materno Infantil, acatando las recomendaciones que para el efecto dicten los comités nacionales respectivos.

Artículo 104.- Las actividades de los auxiliares para la salud en obstetricia se sujetarán a lo que establece la Ley, este Reglamento, las Normas Técnicas que al efecto emita la Secretaria y serán ejercidas bajo el control y vigilancia de la propia dependencia del Ejecutivo Federal.

Artículo 110.- El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios en materia de obstetricia podrán;

- I. **Atender los embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en su comodidad, dando aviso a la Secretaria.**
- II. **Prescribir los medicamentos que en esos casos se requieran de acuerdo a las Normas Técnicas que para dicho fin emita la Secretaria, y**
- III. **Realizar las demás actividades que determine la Secretaria.**

Artículo 112.- El personal no profesional a que se refiere el artículo 102 tendrá las siguientes obligaciones;

- I. Enviar al establecimiento de atención médica más cercana, los casos de embarazos patológicos ó en los que se presuma la posibilidad de partos ó puerperios patológicos;**
- II. Comunicar de Inmediato a la Secretaria los casos de partos ó puerperios patológicos, solicitando la prestación de servicios por parte de profesionales de la medicina con ejercicio legalmente autorizado;**
- III. Dar la información que solicite la Secretaria y facilidades en la supervisión de las actividades que realicen;**
- IV. Asistir a las reuniones de información a las que sean citados por la Secretaria;**
- V. Acudir a los cursos de actualización de conocimientos que imparta la Secretaria o las instituciones autorizadas por la misma para dicho fin;**
- VI. Rendir trimestralmente a la Secretaria información sobre las actividades efectuadas y sus resultados;**
- VII. Dar aviso a la Secretaria de los casos de cualquier enfermedad transmisibles de los que tenga conocimiento ó sospecha fundada;**
- VIII. Dar aviso a la Secretaria de sus cambios de residencia y;**
- IX. Las demás obligaciones que establezca la Ley, este Reglamento y demás disposiciones aplicables.**

Artículo 113.- La Secretaria, en las entidades federativas, llevará un registro estatal de los permisos y refrendo que expida al personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica en obstetricia.

Artículo 114.- Será sancionado el personal no profesional autorizado de salud en obstetricia que incurra en las siguientes infracciones:

- I. Omitir el refrendo de la autorización;**
- II. No acudir a los cursos de actualización de conocimiento en la materia;**
- III. Omitir el auxilio a que esté obligado, y**
- IV. En general por actos u omisiones que impliquen el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la Ley y sus disposiciones reglamentarias.**

NORMAS OFICIALES. ⁽⁷⁾

NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-007-SSA2.1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Su objetivo de ésta técnica, es establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

Su campo de aplicación. Se basa en la observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas y parturientas, puérperas y a los recién nacidos.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM168-221-11998, DEL EXPEDIENTE CLINICO.⁽⁹⁾

Con fecha de Publicación el 7 de Diciembre de 1998, en el Diario Oficial de la Federación.

Su objetivo es, establecer los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.

Su campo de aplicación es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, en los términos previstos en la misma.

IV CONTEXTO.

MORTALIDAD MATERNA.⁽⁸⁾

DEFINICIÓN; Es la muerte de una mujer durante el embarazo ó en los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de su duración y lugar, debido a cualquier causa relacionada ó agravada por el mismo ó la atención recibida, pero no por causas accidentales ó incidentales.

Las Estadísticas de la Mortalidad Materna suelen expresarse como; ⁽⁹⁾

UNA RAZON; Es el número de muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, ésta medida nos indica el riesgo de muerte entre las mujeres embarazadas y las que han dado a luz recientemente.

UNA TASA; Es el número de muertes maternas por año por cada 100,000 mujeres entre los 15 y 49 años, está medida nos refleja dos tipos de riesgo, el riesgo de morir que corre una mujer a causa de la maternidad y el riesgo de quedar embarazada.

RIESGO DURANTE LA EDAD REPRODUCTIVA; Es la probabilidad que tiene una mujer de morir a causa de las complicaciones del embarazo o del parto en cualquier momento de la vida reproductiva, y nos muestra las diferencias del riesgo que enfrentan las mujeres en los países desarrollados y en desarrollo.

¿ POR QUÉ ES DIFÍCIL MEDIR LA MORTALIDAD MATERNA? ⁽¹⁰⁾

SUBREGISTRO; Puede ser significativo, donde el verdadero número de muertes maternas es el doble ó triple de lo que originalmente se reporta, éste método se lleva en países en desarrollo, ya que la mayor parte de las personas mueren fuera del sistema de salud.

REGISTRO INCORRECTO; Es cuando los trabajadores de la salud, desconocen la verdadera causa de la muerte de una mujer ó si estaba embarazada, y por lo tanto no siempre las registran, y al clasificarlas las relacionan con abortos clandestinos.

MÉTODOS PARA CALCULAR LA TASA DE MORTALIDAD, QUE SON COMPLEJOS Y MUY COSTOSOS; El número real de muertes maternas que ocurren en un lugar y período determinado es relativamente bajo, y para obtener estimaciones exactas es necesario encuestar a grupos grandes de población.

¿ QUE INFORMACIÓN NECESITAMOS?.

Para reducir la **MORTALIDAD MATERNA**, es importante entender por qué mueren las mujeres, y saber con exactitud el nivel de la misma. Dicha información puede encontrarse en;

- **INDICADORES DEL PROCESO;** Tales como la proporción de nacimientos atendidos por personal de salud calificado ó nacimientos que ocurren en las unidades de salud. Algunos estudios indican que la reducción de la Mortalidad Materna depende principalmente del uso por parte de las mujeres de los servicios de salud de buena calidad.
- **REVISIÓN DE LOS CASOS MÉDICOS;** De cierto número de muertes maternas para determinar las causas y circunstancias que las rodean. Existen dos tipos de revisión: la que se centra sólo en lo que sucedió desde el momento en que la mujer llegó a la unidad de salud (como, por ejemplo, si el médico estaba disponible), y la que investiga lo que sucedió previamente (como, por ejemplo, si hubo algún retraso al tratar de llegar a la unidad médica), ambas revisiones ofrecen información valiosa que puede ser usada para identificar y atender a los problemas, ya sea relacionados con la calidad de los servicios ó dentro de las comunidades.

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA; La OMS, UNICEF, y UNFPA, han desarrollado una serie de indicadores de proceso, en los cuáles los datos pueden recopilarse y analizarse en las unidades de salud sin realizar encuestas en la comunidad y miden ; ⁽¹¹⁾

- Disponibilidad de los servicios.
- Uso de los servicios.
- Desempeño de las unidades de salud.

TODOS EMBARAZOS ESTÁN EXPUESTOS A RIESGO.

Cada vez que una mujer queda embarazada, lo cual se estima que sucede en el mundo unos 200 millones de veces al año, corre el riesgo de complicaciones repentinas e impredecibles que pueden ocasionarle la muerte ó lesiones, u ocasionar lesiones ó la muerte a su recién nacido. Por lo menos el 40% de éstas mujeres, tiene algún tipo de complicación durante el embarazo, y aproximadamente en el 15% ponen en peligro su vida, por lo que demandan atención obstétrica inmediata.

¿ QUE MUJERES CORREN RIESGO?.

- El “Riesgo Materno” se define como; La probabilidad de morir ó de sufrir una complicación grave como resultado del embarazo ó del parto.
- Algunas mujeres tiene más probabilidad que otras de sufrir complicaciones durante el embarazo (por ejemplo, si ya tuvieron una complicación durante un embarazo anterior). Sin embargo, es prácticamente imposible predecir qué mujer en particular presentará complicaciones que pongan su vida en peligro.

¿ QUE ES LA “EVALUACIÓN DEL RIESGO”?

- La Evaluación del Riesgo; Es una herramienta utilizada por los sistemas de salud con el propósito de clasificar a las mujeres gestantes en categorías de riesgo, que por lo general son “alto riesgo y bajo riesgo”, de acuerdo con ciertas características sociales, demográficas ó físicas, tales como su nivel de escolaridad, edad, estatura y número de embarazos. Idealmente, a las mujeres clasificadas como de “alto riesgo” se les debe prestar especial atención para prevenir ó para tratar cualquier problema que presenten. Por lo general, la evaluación del riesgo forma parte de los servicios de Atención Prenatal.
- La Evaluación del Riesgo, se elaboró para ayudar a los proveedores de salud a dedicar su tiempo y sus recursos a las mujeres que más lo necesitarán, especialmente en las comunidades de escasos recursos. Sin embargo, un análisis realizado por la OMS, indicó que la Evaluación del Riesgo no ha sido una estrategia eficaz en la prevención de la Mortalidad Materna. (14)

V. FUNDAMENTOS.

SERVICIOS DE SALUD MATERNA DE BUENA CALIDAD. (15)

Acceso; Significa que los servicios están disponibles y al alcance de las mujeres que los necesiten. Para que los servicios sean de buena calidad, los proveedores de atención en salud deben tener las habilidades clínicas adecuadas y ser sensibles a las necesidades de la mujer; las instalaciones deben contar con los suministros y equipos necesarios y los sistemas de referencia y traslado deben funcionar satisfactoriamente, para asegurar que las mujeres que presenten complicaciones reciban el tratamiento médico esencial. Por lo menos el 35% de las mujeres de países en desarrollo no recibe atención prenatal, cerca del 50% da a luz sin asistencia de una persona calificada y el 70% no recibe atención postparto en las seis semanas siguientes al parto. La falta de atención es más peligrosa para la vida de la mujer durante las etapas de trabajo de parto y los días que siguen inmediatamente al parto, ya que durante este plazo existe mayor probabilidad de que surjan complicaciones que pongan en peligro la vida de la mujer.

¿Por qué las mujeres no utilizan los servicios que están a su disposición?

- **La Distancia;** La mayoría de mujeres campesinas (80%), viven a más de 5 kms, del hospital más cercano. La escasez de vehículos y las malas condiciones de las carreteras significa que el principal medio de transporte, incluso para las mujeres a punto de dar a luz, es a pie.
- **Alto Costo;** Para millones de mujeres no es factible usar los servicios de salud materna, aun cuando las tarifas sean bajas ó el servicio sea gratis, ya que existen otros gastos no previstos, tales como, transporte, medicamentos, comida, y hospedaje para la mujer ó los parientes que la acompañan.
- **Falta de Información;** Por lo general, las mujeres y los miembros de la comunidad no saben reconocer, prevenir ó tratar las complicaciones del embarazo ó no saben cuándo ni adonde acudir en busca de ayuda médica.
- **Preferencias Culturales;** Los servicios de salud regulares, pueden estar en conflicto con las ideas de lo que es considerado normal y aceptable, incluyendo preferencias de privacidad de la mujer durante el parto porque muchos de los proveedores de la salud son hombres.⁽¹⁶⁾
- **La falta de Poder de Decisión;** En muchas partes del mundo el poder de decisión de la mujer es limitado, aún directamente relacionados con su propia salud.⁽¹⁷⁾

SERVICIOS DE SALUD INADECUADOS.⁽¹⁸⁾

Una de las razones más comunes que dan las mujeres para no querer usar los servicios disponibles de SALUD MATERNA, es por la baja calidad de los mismos. Algunos de éstos problemas son;

- En los países en desarrollo, las unidades de salud, presentan frecuentemente escasez de equipos, medicamentos y suministros básicos, incluyendo sangre para transfusiones, por lo que los familiares tienen que comprarlos y llevarlos al hospital, lo cual causa demoras fatales.

- El personal de salud, de las unidades médicas con frecuencia no está bien capacitado. Es posible que carezca de habilidades básicas, tanto clínicas como las requeridas para salvar vidas, y puede no se observen las normas de higiene en la prestación de los servicios.
- Descortesía, incomprensión y poco afecto por parte de los trabajadores de la Salud, hacen que las mujeres prefieran usar los servicios de parteras tradicionales y curanderos.
- Otros factores incluyen; la falta de privacidad, las malas condiciones en que se mantienen las unidades de salud, la inconveniencia del horario en que se ofrecen los servicios y las restricciones sobre quién puede quedarse con la mujer en la unidad de salud.

LA BUENA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA, TIENE COMO META⁽¹⁹⁾

Satisfacer las necesidades de la mujer;

- Los servicios deberían ofrecerse en las unidades de salud lo más cercanas posibles a donde viven las mujeres y que tengan la capacidad de prestar servicios seguros y eficaces.
- Los servicios deberían ser sensible a las normas culturales y sociales, tales como preferencias de privacidad. Confidencialidad y atención por parte de personal femenino.
- El personal debería mostrar respeto y ser sensible con las mujeres sin juzgarlas.
- Ofrecer información y asesoría, para que la paciente tome sus decisiones sobre una base sobre su salud y tratamiento.

Prestar servicios técnicos competentes:

- El personal debería recibir capacitación técnica, clínica y administrativa y de trato interpersonal.
- Normas de atención y protocolos impresos deberían estar disponibles.
- Instalaciones adecuadas, limpias y convenientes.
- Disponibilidad de medicamentos, equipos y suministros.
- Los servicios de salud reproductiva integral, deberían estar a disposición dentro de la misma unidad o a través de vínculos previamente establecidos con otras unidades de salud.
- Debería existir un buen sistema de referencia y transporte funcionando en todos los niveles de atención(hogar y comunidad, unidades de salud y hospitales regionales ó de distrito).

¿QUÉ SE PUEDE HACER?.

Los gobiernos y las agencias no gubernamentales, deberían ampliar sus servicios, mejorar su calidad y adaptarlos a las necesidades de las mujeres y comunidades para;

- **Asegurar que todos los centros de salud, se ubiquen cerca de donde viven las mujeres, con personal capacitado, suministro continuo de medicamentos y equipos, teniendo vínculos con otros hospitales a través de un sistema de referencia y transporte de emergencia.**
- **Cumplir las normas y el protocolo: en cuanto a provisión, administración y supervisión de los servicios, y se utilicen tanto en supervisiones como evaluaciones de la calidad de los servicios junto con la información proveniente de las pacientes y proveedores de salud.**
- **Ofrecer servicios de salud materna e infantil gratis, y además cuenten con capacitación para tratar cualquier complicación, así como prestar atención básica.**
- **Educar a las mujeres y comunidades: en la importancia del cuidado materno y existencia de los servicios apropiados.**

SITUACIÓN ACTUAL DE LA MORTALIDAD MATERNA A NIVEL MUNDIAL.⁽²⁰⁾

En los países industrializados, la muerte asociada al proceso reproductivo ha disminuido considerablemente, en tanto en los países en vías de desarrollo, la proporción es de 480 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, mientras que la cifra es de 27 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en los países desarrollados.

Cada minuto en el mundo....

- **Muere una mujer como consecuencia de complicaciones en el embarazo.**
- **Cien mujeres sufren complicaciones asociadas al embarazo.**
- **Trescientas mujeres conciben sin haber deseado ó planeado su embarazo.**
- **Doscientas mujeres adquieren alguna enfermedad de transmisión sexual.**

PAISES DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE.

En América, todos los días mueren 63 mujeres como consecuencia de complicaciones del embarazo, del parto y después posparto, y puede ser:

- **Una madre adolescente, sola, lejos de la ayuda profesional.**
- **Una mujer que llegó al hospital con hemorragia y muy tarde para salvar su vida.**
- **Una mujer que en su desesperación, recurrió al aborto para terminar con un embarazo no deseado.**
- **Una madre dejando cuatro hijos porque no asistió a Atención Prenatal a tiempo para identificar y prevenir complicaciones.**

Tanto en países de Latinoamérica como, el Caribe, aproximadamente una de cada cinco gestaciones experimentan complicaciones, tales como presión arterial alta, hemorragias, obstrucción del parto ó infecciones uterinas, éstas situaciones necesitan atención de personal calificado, y pueden considerarse como emergencias obstétricas, se estima que más del 50% de las muertes maternas podrían ser prevenidas con un estilo de vida saludable, el acceso a Servicios de Salud de Calidad con personal calificado y una atención oportuna especialmente en los casos de complicaciones.

CAUSAS MAS IMPORTANTES;

- Hemorragia.
- Hipertensión inducida por la gestación.
- Infección secundaria a un embarazo.
- Aborto practicado en malas condiciones.
- Dificultades en el parto; por ejemplo, estrechez pélvica ó bebes en posición que dificulta el proceso de parto normal.

DATOS QUE DEBEMOS CONOCER SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA MORTALIDAD MATERNA.

- Los trastornos de la Salud Reproductiva representan más de 30% de la carga mundial de Morbilidad y Discapacidad en las mujeres. La mayor proporción de años de vida sanos perdidos por mujeres en edad reproductiva son atribuibles a problemas relacionados con el embarazo y parto. Alrededor de 300 millones de mujeres en el mundo, más de un cuarto de todas las mujeres adultas, sufren a corto ó largo plazo enfermedades relacionadas con la sexualidad y reproducción.
- La Mortalidad Materna afecta sobre todo mujeres de escasos recursos, desposeídas y analfabetas que viven en áreas rurales ó en condiciones de marginalidad, muchas de ellas son indígenas ó adolescentes cuyos embarazos no han sido planificados.
- Las cifras de Mortalidad Materna, gran desafío para el progreso, muestran un descenso lento debido a las situaciones de rezago ó de deterioro general de las condiciones de vida que afectan particularmente a los estratos más pobres de la población.
- Casi la mitad de los embarazos en la región no son planificados y entre las adolescentes, más de 80% no son intencionados. Muchas de éstas recurren al aborto inducido, a menudo en condiciones inseguras con resultados desastrosos que culminan en la enfermedad ó muerte de la mujer.
- En un estudio de 24 países de la región publicado por la OPS, se confirmó que, al igual que los datos mundiales, las primeras causas de muerte fueron; hemorragia, infección ó complicaciones de hipertensión inducido por el embarazo (toxemia).

- La Hemorragia se identificó como la primera causa de muerte en mujeres gestantes en; BOLIVIA, CANADA, COSTA RICA, EL SALVADOR, ESTADOS UNIDOS, HONDURAS, MÉXICO Y NICARAGUA, mientras que BRASIL, COLOMBIA, ECUADOR, HAITÍ, REPUBLICA DOMINICANA Y VENEZUELA, reportaron la Hipertensión Inducida por el embarazo como primera causa.
- En el mundo, cada año 45 millones de embarazos no deseados terminan en aborto, 95% de los cuales ocurren en países en vías de desarrollo.
- En la región, 6,000 mujeres mueren por complicaciones secundarias al aborto cada año, el número real de abortos es desconocido por su clandestinidad, ilegalidad, y penalización que lo rodea. No obstante, se estima que a causa de abortos mal realizados, la demanda de los servicios de Ginecología es entre 20 y 35%.
- El acceso a servicios de Atención Prenatal, muestra valores diferentes en la región desde 34%, en Guatemala hasta 90% en Argentina, Chile, Costa Rica, y México, lo cual está relacionado directamente con la cobertura de la vacuna antitetánica.
- En América, alrededor de una quinta parte de las gestantes tienen complicaciones, necesitando atención inmediata.
- El porcentaje estimado de mujeres embarazadas con ANEMIA, va desde 53% en Perú hasta 20% en Chile.
- El espaciamiento de por lo menos 2 años entre hijos ha demostrado ser una forma efectiva de mejorar las posibilidades de un embarazo libre de complicaciones para la madre y el niño.

INDICADORES DE LA MORTALIDAD MATERNA EN AMERICA LATINA Y CARIBE POR REGIONES:

Las siguientes tasas son de Mortalidad Materna, y su denominador es el número por cada 100,000 nacidos vivos. (NOVIEMBRE 2001)

SUD AMERICA Y MÉXICO.

La Tasa de MORTALIDAD MATERNA en la SUB-REGION, es de 74.1 por cada 100.000 Nacidos vivos. Las diferencias de MORTALIDAD MATERNA, entre el país con más alta tasa, Bolivia (390 por 100.000 nacidos vivos) y el de menor tasa, Uruguay (11.1 por 100.000 Nacidos vivos) es 35 VECES MAYOR.

CENTRO AMERICA.

La Tasa de MORTALIDAD MATERNA en la SUB-REGION, es de 96.70 por cada 100.000 Nacidos vivos. Las diferencias de MORTALIDAD MATERNA, entre el país con más alta tasa, EL SALVADOR (120 por 100.000 nacidos vivos), y el de menor tasa, COSTA RICA (19.1 POR 100.000 Nacidos vivos), es de 6.3 VECES MAYOR.

CARIBE LATINO.

La Tasa de MORTALIDAD MATERNA para la SUB-REGION es de 238 por 100.000 Nacidos vivos. Las diferencias de MORTALIDAD MATERNA, entre el país con más alta tasa, HAITÍ (523 por 100.000 nacidos vivos) y el de menor tasa, CUBA (12 por cada 100 Nacidos vivos), es 28 VECES MAYOR.

MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO.⁽²¹⁾

A lo largo de éste siglo han ocurrido cambios muy importantes en los valores y prácticas que rodean a la reproducción, pues antiguamente el inicio de la vida reproductiva era temprano, con elevado número de hijos, la madre se dedicaba exclusivamente a la crianza y al hogar, pero ahora las mujeres desean familias con una estructura y una dinámica diferentes, compatibles con su desarrollo personal en otros campos, y tienen expectativas para los hijos que reclaman una mayor inversión de recursos familiares.

A partir de 1920, por más de cinco décadas, la tasa de fecundidad se mantuvo en niveles muy elevados, producto de los valores prevalentes en la familia. Asimismo por lo que la estabilidad, el desarrollo económico y las leyes de población de 1936 y 1947, de clara orientación pronatalista, favorecían esa tendencia.

En 1940, la población mexicana ascendía a 20 millones, con una tasa de crecimiento anual de 1.7%, ésta siguió elevándose en forma sostenida; 2.7 en los años 40, 3.1 en los 50 y 3.4 en los 60, la tasa global de fecundidad fue de 6.5 hijos por mujer en edad reproductiva.

A partir de 1973, con la aprobación de una nueva ley, se consiguió dar entrada a los programas de PLANIFICACIÓN FAMILIAR, con un rápido descenso en la tasa de fecundidad y el crecimiento nacional. La tasa global de fecundidad disminuyó 50%, en áreas urbanas y 25 en zonas rurales, la educación de la mujer es un factor fundamental en el descenso de las tasas de fecundidad.

EVOLUCION Y DESARROLLO.

LA MORTALIDAD MATERNA, es un indicador fundamental de la evolución y el desarrollo de una país. La magnitud de éste problema a nivel mundial, según estadísticas de la OMS, es enorme, pues de las 500 mil muertes maternas que ocurren al año, a los países desarrollados sólo corresponde 1%, el 99 restante sucede en países en vías de desarrollo, los niveles más elevados están en las naciones del Sur Asiático y la Región Subsahariana, en África, con tasas de hasta 2 mil muertes

maternas por 100 mil recién nacidos vivos; el tercer lugar lo detectan en países hispanoamericanos.

En México, ha mejorado a lo largo de éste siglo; de 530 muertes maternas por cada 100 mil recién nacidos vivos, en 1940, el índice pasó a 60 por cada 100 mil en 1992, pero desde 1985 se ha estancado.

LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO: LA CONTRIBUCIÓN DEL ABORTO INDUCIDO. (22)

Las causas estudiadas que subyacen a una muerte materna son sólo unas cuantas y se clasifican según el momento del proceso reproductivo en que se presentan, así durante;

- El embarazo, las causas más importantes son; hemorragias, hipertensión (o “toxemia”), y aborto.
- El parto, a las dos primeras complicaciones antes mencionadas se agrega el; “parto prolongado”, u “obstruido”, que ocurre cuando el feto no logra nacer debido a dificultades mecánicas.
- El puerperio, las mujeres fallecen por Infección (generalmente derivadas de una atención del parto no higiénica), ó por hemorragia.

En México, al igual que en casi todos los países en vías de desarrollo, la Mortalidad Materna, continua siendo un problema importante. Estadísticas oficiales señalan que en 1990, hubo una tasa de 5.4 muertes por cada 10,000 nacimientos, es decir por cada 10,000 niños que nacieron, cinco de sus madres murieron.

CIFRAS OFICIALES;

La Mortalidad Materna descendió en México de 10 muertes por cada 10,000 nacimientos en 1979 a 5.4 en 1990, último año en el que existen cifras oficiales. Las causas más importantes son, en todo el período, los problemas en el parto (34.2%), hipertensión (23.2%), hemorragias (21.3%), en cuarto lugar está el aborto inducido con 8.4% y, por último las Infecciones con 5.6%, otras enfermedades no propias del embarazo, pero que se agravan con éste son clasificadas como causas indirectas y constituyen un 7.3%.

FACTORES SOCIALES Y ECONOMICOS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO.

(23,24,25)

MORTALIDAD MATERNA; La tasa de Mortalidad Materna en México para 1990 divide al país en tres grupos;

- Los Estados con baja mortalidad materna dentro de los niveles del país (tasa por debajo de 3.1) que se localizan en el norte.
- Los Estados con mortalidad promedio que se localizan en el centro.
- Los Estados con alta mortalidad materna que se ubican en el sur.

Cabe mencionar que la Mortalidad que presentan en 1990; los estados de Oaxaca, Puebla, Tlaxcala, Veracruz y Estado de México equivale a la que presentaba Nuevo León hace 30 años, o Aguascalientes, Sonora y Baja California hace 20 años.

MORTALIDAD MATERNA POR TAMAÑO DE LOCALIDAD.

De acuerdo con el tamaño de la localidad donde ocurren se clasifican las Muertes Maternas en tres grupos;

- Las que sucedieron en localidades rurales dispersas (menos de 2,500 habitantes).
- Las que se presentaron en localidades concentradas (entre 2,500 y 20 mil).
- Las correspondientes a localidades urbanas (20,000 y más habitantes).

Según ésta clasificación se observa que durante la década de los ochenta, las Muertes Maternas tendieron a concentrarse en el medio rural, en los once años analizados las localidades con menos de 2,500 habitantes concentraron el 55%, de las Defunciones Maternas, las localidades de 2,500 a 20,000 habitantes un 17%, y el resto, 28% se presentó en localidades urbanas.

Esto indica que el riesgo de morir por una causa materna es dos veces mayor en el medio rural disperso que en el medio urbano. Asimismo en el medio rural concentrado el exceso en el riesgo de morir es 1.4 veces mayor que en el medio urbano, seguramente ésta diferencia se debe a los problemas de disponibilidad de servicios en el medio rural ó por las barreras geográficas y económicas que impiden una mejor utilización del servicio.

Al analizar éstas diferencias por causas de muerte se encontrará que las muertes por problemas en el parto, por hemorragias y por infecciones son preferentemente rurales y que las muertes por aborto ó toxemia tienden a ser más frecuentes en el medio urbano. Lo anterior hace notar los problemas de disponibilidad y accesibilidad de los servicios en el medio rural.

MORTALIDAD POR NIVELES DE MARGINACION.

En 1990, las mujeres en edad fértil que habitaban los municipios de muy alta marginación presentaron más de una muerte materna por cada 1,000 nacidos vivos (11.5 por 10,000), es decir, tres veces más riesgo de morir por una causa materna que las mujeres de los municipios de baja marginación, y el exceso en el riesgo de morir se incrementa conforme empeoran las condiciones de marginación.

Si se compara la tasa de mortalidad por problemas relacionados en el parto, según el riesgo de morir es 10 veces mayor en las mujeres en edad fértil de los municipios de muy alta marginación que, en las que habitan en los de baja marginación.

En el caso de muertes por hemorragias durante embarazo, parto y puerperio, la tasa de Mortalidad en los de baja marginación es de 1 por 100,000 mujeres de 15 a 49 años, y en los de muy alta marginación se eleva a 4.8 por 100,000 lo que representa un exceso en el riesgo de morir 5.5 veces mayor.

MORTALIDAD MATERNA POR EDAD.

Si bien la tasa de Mortalidad Materna más elevada en la última década se presenta entre los 30 y 35 años a nivel nacional, la edad promedio en la que mueren las mujeres por ésta causa en nuestro país es de 29 años. Una manera de evaluar el efecto de las muertes prematuras sobre la población es a través de cuantificar los AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS (AVPP), éste indicador se obtiene de la diferencia de la edad de la muerte y la edad a la que idealmente se esperaría que murieran las mujeres.

Durante los últimos once años el número de AVPP ha disminuido a nivel nacional en los niveles de marginación, es decir, las Muertes Maternas se presentan en mujeres más jóvenes en los municipios de muy alta marginación, pero en promedio cada Muerte Materna equivale a 40 AVPP en el período estudiado.

MORTALIDAD MATERNA Y ESCOLARIDAD.

Del total de defunciones que componen la base de datos estudiada sólo fue posible analizar la escolaridad en un 30% de los casos.

Para el presente análisis, la escolaridad se dividió en cuatro grupos;

- Sin escolaridad, el 26% murió por una causa materna.
- Primaria Incompleta, el 33%.
- Primaria Completa, el 24%.
- Secundaria y más, el 26%.

Estos datos, diversifica la distribución de las causas de muerte según el nivel de escolaridad, por ejemplo; las mujeres con peor escolaridad mueren por hemorragias, por problemas en el parto ó por infecciones puerperales; en cambio las mujeres con escolaridad aceptable mueren mas por aborto ó toxemia del embarazo.

En 1990, las mujeres sin escolaridad presentan una tasa de Mortalidad Materna de 14.5 por 100,000; las que cuentan con los primeros años de primaria de 9.9; las que habían cursado 4 ó 5 años de 7.3, y progresivamente la tasa va descendiendo conforme avanza la escolaridad.

Estos datos indican que el riesgo de morir por una causa Materna se asocia de manera negativa con la escolaridad. Las mujeres analfabetas presentan un riesgo de morir 8 veces mayor con respecto a las que tienen el nivel de preparatoria, en las que no concluyeron la primaria el riesgo de morir es 5 veces mayor, y en las que si la concluyeron el riesgo de morir es 3.6 veces mayor que el grupo de referencia.

MORTALIDAD MATERNA Y OTRAS CARACTERÍSTICAS SOCIALES.

En los Certificados de Defunción se observa que;

- tres cuartas partes de las Muertes Maternas se presentan en mujeres no derechohabientes,
- el 60% del total fallece en unidades médicas,
- el 30% en el hogar,
- y una mínima proporción en otros lugares.

Entre 1989 y 1999, se estimó que las mujeres no derechohabientes tienen un riesgo siete veces mayor de no recibir atención médica antes de la muerte, que las mujeres derechohabientes.

MORTALIDAD MATERNA EN PUEBLA.⁽²⁶⁾

Para la información que a continuación se presenta se acudió a los SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA, en el DEPARTAMENTO DE SALUD REPRODUCTIVA, durante el Período de Enero a Marzo del 2002.

Entre las CINCO PRINCIPALES CAUSAS, de Mortalidad Materna en el Estado de Puebla se encuentran las siguientes, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades. (C.I.E. 10).

Fuente: Certificados de Defunción, 2001-2002.

010 – 016	<i>Edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio.</i>
060 - 075	Complicaciones del trabajo de parto y del parto.
095 – 099	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte.
030 – 048	Atención Materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto.
085 – 092	Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio.

010 – 016	Edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio.	Preeclampsia Severa. Preeclampsia, no Especificada. Eclampsia en el Embarazo, en el Puerperio. Eclampsia en período no especificado.
060 – 075	Complicaciones del trabajo de parto y del parto.	Otras inercias uterinas. Trabajo de parto prolongado, no especificado. Ruptura del útero durante el trabajo de parto. Hemorragia del tercer período del parto.
095 – 099	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte.	Anemia que complica el embarazo, parto y puerperio. Enfermedad Del Sistema Respiratorio que complican el embarazo, parto y puerperio. Otras enfermedades específicas y afecciones que complican el embarazo, parto y puerperio.
030 – 048	Atención Materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto.	Infección de la bolsa amniótica. Desprendimiento prematuro de la placenta.
085 – 092	Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio.	Sepsis puerperal, pirexia de origen desconocido consecutiva a partos.

ESTADÍSTICAS.

DEFUNCIONES; Muertes Maternas presentadas por cada 10,000 NVR.

- En el año 2000 se presentó una tasa de 1.3%.
- En el año 2001 se presentó una tasa de 1.6%.
- En el año 2002 (hasta marzo) se presentó una tasa de 1.3%.

Fuente: INEGI.

DEFUNCIONES Y TASAS SEGÚN MES DE FALLECIMIENTO, tasa por 10,000 NVR.

- ENERO: 0.5%
- FEBRERO: 0.5%
- MARZO: 0.4%

Fuente: INEGI.

MORTALIDAD MATERNA POR LUGAR DE RESIDENCIA Y DE OCURRENCIA JURISDICCIONAL, TASA POR CADA 100% DE POBLACIÓN.

HUAUCHINANGO.

- PEMEX: 33%
- HOGAR: 34%
- HOSPITAL GENERAL DE PUEBLA: 33%

CHIGNAHUAPAN.

- IMSS: 33.3%
- HOSPITAL GENERAL DE PUEBLA: 66.7%

ZACAPOAXTLA.

- HOSPITAL GENERAL DE PUEBLA: 33%
- HOGAR: 34%
- PARTERA: 33%

EL SECO.

- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA: 25%
- HOSPITAL GENERAL DE PUEBLA: 25%
- HOGAR: 50%

HUEJOTZINGO.

- UNIDAD PRIVADA. 100%

PUEBLA.

- **IMSS: 50%**
- **HOSPITAL GENERAL DE PUEBLA: 25%**
- **UNIDAD PRIVADA: 25%.**

IZUCAR DE MATAMOROS.

- **HOSPITAL GENERAL DE PUEBLA: 100%**

TEHUACAN.

- **HOGAR: 50%**
- **UNIDAD PRIVADA: 50%**

FUENTE: Certificados de Defunción, 2002.

MORTALIDAD MATERNA POR GRUPO ETAREO:

- 20 AÑOS.	0.06%
20-24 AÑOS	0.6%
25-29 AÑOS	0.3%
30-34 AÑOS	0.3%
35 Y MAS	0.1%

FUENTE: Certificados de Defunción, 2002.

CASOS DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD.	CASOS.
NINGUNA.	2
PRIMARIA INCOMPLETA.	5
PRIMARIA COMPLETA.	9
SECUNDARIA.	3
PREPARATORIA.	1
PROFESIONAL.	2
TÉCNICA.	1

FUENTE: Certificados de Defunción, 2002.

CASOS DE MUERTES MATERNAS REFERIDAS POR OTRAS INSTITUCIONES PUBLICAS Y PRIVADAS A LA SECRETARIA DE SALUD. ⁽²³⁾

IMSS	1 CASO	17%
PRIVADA	2 CASOS	33%
SSA	3 CASOS	50%

FUENTE: Expedientes Clínicos Enero – Marzo 2002.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Pritchard, Jack A. 1992, Anatomía del aparato reproductor femenino, Williams Obstetricia, 3a edición, 7-1, Diagnóstico del Embarazo, 205-213, Mecanismo del Parto Normal en Presentación Occipital, 313-319, Cuidados Prenatales, 237, 252,
- 2.- Jonathan S. Berek, 1997, Fisiología de la Reproducción, Ginecología de Novak, 12ª edición, 149-174.
- 3.- Mondragón Castro Héctor, La Pareja Humana, Ginecología Básica Ilustrada, 427-485.
- 4.- Méndez Cervantes Francisco/ Mendez Oteo Francisco, 2000, Concepto de Embarazo de Alto Riesgo, Ginecología y Obstetricia, A.M.H.G.O. No3, I.M.S.S., 301-322.
- 5.- LEY GENERAL DE SALUD, Capítulo 1o., Título 1º, 3º, Capítulo 6º, Artículo 68.
- 6.- Reglamento de Ley General de Salud, en Materia de Prestación de los Servicios de Atención Médica, CAPITULO VI: Artículos; 96, 97, 99, 104, 110, 112, 113, 114.
- 7.- Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2, 1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos.; Norma Oficial Mexicana, NOM-168-221-11998, Del expediente clínico.
- 8.- International Classification of Diseases 10th Revisión, World Health Organization, Geneva, 1992.
- 9.- "Revises 1990 Estimates of Maternal Mortality: A new Approach by WHO and UNICEF", World Health Organization, Geneva, April 1996.
- 10.- UNICEF/WHO/IMFA. "Guidelines for Monitoring the Availability and Use OF Obstetric Services". New York, October 1997.
- 11.- "Indicators for Monitoring Maternal Health Goals". World Health Organization, GENEVA, 1994.
- 12.- M. Koblinsky, et al., "Mother and More: A Broader Perspective on Womens Health", in M. Koblinsky, et al., eds., The Health of Women: A Global Perspective. Westview Press, Oxford, 1993.
- 13.- W. Graham, "Every Pregnancy Faces Risk", Presentation at Safe Motherhood Technical Consultation in Sri Lanka, 18-23 October 1997.
- 14.- C. Rooney, "Antenatal Care and Maternal Health: How Effective is it? A Review of the Evidence" (WHO/MSM/92.4). World Health Organization, Geneva 1994.
- 15.- C. AboutZahr, "Improve Access to Quality Maternal Health Services". Presentation at Safe Motherhood Consultation in Sri Lanka, 18-23 October 1997.
- 16.- J. Leslie and G.R. Gupta, "Utilization of Formal Services for Maternal Nutrition and Health Care", International Center for Research on Women, Washington, D.C., December, 1996, 34-40.
- 17.- "Safe Motherhood: A Woman's Right to Life, Information Kit". Ministry of Health and Family Welfare, Bangladesh, 1997.
- 18.- C. AbouZahr, C. Vlassoff and A. Kumar, "Quality Health for Women: A Global Challenge". Health Care for Women International, Vol. 17, 1998.
- 19.- Mother- Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries. World Health Organization, Geneva, 1998.
- 20.- Situación de Salud de las Américas, INDICADORES BÁSICOS, 1999-Programa Especial de Análisis de Salud, OPS/OMS (Mortalidad Materna e Infantil) 1-6.
- 21.- <http://www.jornada.UNAM.mx/1998/mayo/90511/cien-materna.html>.

- 22.- Langer Ana, "La Mortalidad Materna en México: La contribución de aborto inducido" en Ortiz, A., 1994, 149-153.
- 23.- Situación de Salud de las Américas – INDICADORES BÁSICOS 2001 – Programa Especial de Análisis de Salud. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (Mortalidad Materna)
- 24.- CONAPO, Consejo Nacional de Población, Indicadores sobre Fecundidad, Marginación y Ruralidad a Nivel Estatal y Municipal. México, 1997.
- 25.- Lozano, Rafael, Bernardo Hernández, y Ana Langer, "Factores Sociales y Económicos de la Mortalidad Materna en México", en Elu, M.C. y A. Langer (eds) Maternidad sin riesgos en México, 1994, PP. 43-52.
- 26.- ANEXOS; Copia del Formato de Historia Clínica Perinatal – Base.
Copia del Formato de Autopsia Verbal en caso de Muerte Materna.

NOMBRE: _____ EDAD años: años años aprob. ESTADO CIVIL: unión casada estable soltera otro

DOMICILIO: _____ TEL.: _____

LOCALIDAD: _____

ANTECEDENTES

PERSONALES TBC no si diabetes no si hipertensión crónica no si cirugía pélvica-uterina no si infertilidad no si otros: _____

OBSTETRICOS gestas abortos vaginales cesáreas nacidos muertos muertos 1º sem. después 1º sem. RN con mayor peso mes año g

EMBARAZO ACTUAL día mes año DUDAS ANITETANEA actual GRUPO FUJTA HOSPITALIZACIÓN no si

PREVIA si no mes gesta Rb susceptible no si cigarrillos por día

TRASLADO no si lugar: _____

EXAMENES EX. CLINICO normal si no EX. MAMAS normal si no EX. ODONT. normal si no PELVIS normal si no PAPANIC. normal si no COLPOSCOPIA normal si no CERVIX normal si no VDRL día mes

Fecha de la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
semanas de menorrea									
Peso (kg)									
presión arterial máx / mín (mm Hg)									
temperatura / presencia de fondo / C.F. / (min) / mov fetal									

PARTO ASORTO CONSULTA PRENATAL Nº INGRESO día mes año EDAD GEST sem PRES cef pelv tam TAMANO FETAL acorde INICIO esp ind ces elect MEMBRANAS fecha ruptura hora minuto día mes

hora tensión arterial máx / mín (mm Hg) contracciones frec. / 10 min. / dur. seg. altura var. posic. F.C.F. / F.C. mat. (latidos / minuto) dilatación cerv. / meconio

ninguna emb. múltiple hipert. previa preeclampsia eclampsia cardiopatía diabetes infecc. urinaria orden otras infec. parasitosis RCIU amen. parto prem. desprop. cef. pelv. hemorragia 1º trim. hemorragia 2º trim. hemorragia 3º trim. anemia crónica rot. pra. membra. infec. puérp. hem. puérp.

TERMINACIÓN punt. forceps cesárea otra hora min. día mes año NIVEL DE ATENCIÓN 3º 2º 1º domic. otro N° HC RN

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION

ATENDIDO medico enf. obst. auxil. estud. en pr. otro nombre RN

EPISIOTOMIA ALUMB. espont. FLACENTA compl. MEDICACION EN PARTO analg. anest. reg. anest. gen. antibi. tranquil. otros

RECENNAZGO TALLA cm EDAD POR EX. FISICO PESO E.G. g

PUERPERIO días y días post. parto temperatura pulso (lat / min) tensión arterial máx / mín (mm Hg) pulso uterino ancl. uterinas

EXAMEN FISICO PATOLOGIAS ninguna otros SDR infecciones otras ALBI. CONFINTO HOSPITALIZADO

EGRESO FINAL día mes año sano traslado con patol. fallecido ALIMENTO pecho mixto artificial PESO AL EGRESO g

EGRESO MARINERO día mes año sano traslado con patol. fallecido ANTI-CONCEPCION método

LISTADO DE CODIGOS

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE-10) OPS/OIAS 1992

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		PATOLOGIAS DEL RECIEN NACIDO	
20 GESTACION MULTIPLE	030	50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS	P22.0
51 HIPERTENSION PREVIA	010	51 SINDROMES ASPIRATIVOS	P24
01 Hipertensión previa esencial complicando EPP	010.0	52 APNEAS PORPREMATUREZ	P28.0 P28.4
02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP	010.4	53 OTROS SDR	P29.0 P29.2 P29.3 P29.4 P29.7
52 PRECLAMPSIA	013 Y 014	01 Ductus arterioso persistente	Q28.0
04 Hipertensión transitoria del embarazo	016	02 Persistencia de la circulación fetal	P53.3
05 Preclampsia leve	013	03 Neumonía congénita	P23
06 Preclampsia severa y moderada	014	04 Neumorax y enfisema intersticial	P25
53 Hipertensión previa con proteinuria sobreagregada	011	05 Traqueítis transitoria	P21.1
54 ECLAMPSIA	015	06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P27
55 CARDIOPATIA	Z06.7	54 HEMORRAGIAS (EXCLUYENDO INTRACRANEALES)	P50.0 P55
56 DIABETES	024	07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P53
57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	024.0	55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26
58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	024.1	56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)	P51
59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	024.4	57 HIPERBILIRRUBINEMIAS	P55.0 P59
07 Test de tolerancia a la glucosa anormal	R37	03 Enfermedad Hemolítica por insoimmunización Rh	P55.0
60 INFECCION URINARIA	O23.0-23.4	09 Enfermedad Hemolítica por insoimmunización ABO	P53.0
08 Bacteriuria asintomática del embarazo	R82.7	10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino	P50.0 P61
61 OTRAS INFECCIONES	O68.0-65.4, A60	58 OTRAS HEMATOLOGICAS	P31.3
62 Infecciones del tracto genital en el embarazo	O23.5	11 Policitemia neonatal	P51.3
09 Sífilis complicando EPP	098.1	12 Anemia congénita	(resto de P60-P61)
10 Gonorrea complicando EPP	098.2	13 Otras afecciones hematológicas	(P35.1-39.0, A09.0, G00.0-05.3)
11 Malaria	B50-B54	58 INFECCIONES	A09
12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)	A60	14 Diarrea	G00
63 Hepatitis viral	098.4	15 Meningitis	P38
64 TBC complicando EPP	098.0	16 Onfalitis	P39.1 A54.3
65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	098.8	17 Conjuntivitis	P39.4 L00
66 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	P05	59 Infecciones de la piel del recién nacido	P35
67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	O90	18 Sepsis	(resto del P35-P39)
13 Incompetencia cervical	O34.3	19 Otras infecciones específicas del periodo perinatal	P77
68 DESPROPORCION CEFALOPELVICA	O64.0, 065.0, 069	20 Enterocolitis necrotizante	A33
14 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto	064	40 Tétanos neonatal	A50.1
15 Parto obstruido debido a anomalía pélvica materna	065	6 Sífilis congénita	P35
16 Otros partos obstruidos por causa fetal	066	61 Enfermedades congénitas virales	O20.0-099
69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	O01	62 MALFORMACIONES, DEFORMACIONES CONGENITAS Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	Q00-Q99
17 Mola hidatiforme	O02.1, 003	21 Espina bífida con y sin hidrocefalia	Q05-Q07.0
18 Aborto espontáneo y aborto retenido	O00	22 Hidrocefalia congénita	Q03
19 Embarazo ectópico	O06, 004	23 Otras malformaciones congénitas del SNC	(resto del Q00-Q37)
20 Aborto inducido y terapéutico	O20.0	24 Del sistema respiratorio	Q20-Q34
21 Amenaza de aborto	O04.1	25 Del sistema circulatorio	Q27-Q29
70 HEMORRAGIA DEL 2DO. Y 3ER. TRIMESTRE	O045	26 Labio y paladar hendido	Q35-Q37
22 Placenta previa con hemorragia	O46.0	27 Del sistema digestivo	Q38-Q45
23 Desprendimiento prematuro de placenta	O71.0, 071.1	28 De los órganos genitales	Q46-Q56
24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación	071.3	29 Del sistema urinario	Q57-Q64
25 Ruptura uterina antes o durante el parto	099.0	30 Deformación congénita de la cadera	Q65
26 Laceración obstétrica del cuello del útero	D50	31 Anomalías cromosómicas	Q50-Q99
71 ANEMIA	042	32 Síndromes malformativos afectando múltiples sistemas	Q87
27 Anemia por deficiencia de hierro	041.1	63 NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	G01
72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	065.0, 066	33 Hidrocefalia adquirida	G01.1, G01.2
28 Infección del saco amniótico y membranas	091	34 Leucomalacia periventricular y cerebral	P21.0, P21.1, P21.2
73 INFECCION PUERPERAL	072	35 Trauma obstétrico con lesión intracranial del SNC y del sistema nervioso periférico	P21.0, P21.1, P21.4
29 Sepsis puerperal	072.0, 072.2	36 Hemorragia intracranéica no traumática	P22
30 Infección mamaria asociada al nacimiento	072.1	37 Convulsiones	P20
74 HEMORRAGIA POSTPARTO	072.0, 070.1	38 Otras afecciones del estado cerebral	P51
31 Placenta retenida	070.2, 070.3	64 METABOLICAMENTE TRICIONAL	P20.0, P20.1
32 Útero atónico	(resto de O00-O99)	43 Síndrome de "hijo de diabética"	P71
33 Laceraciones perineales de 1ero y 2do grado	044.0	44 Hipocalcemia and hipomagnesemia	P70.0 P70.1 E15.2
34 Laceraciones perineales de 3ero y 4to grado	021	45 Hipoglicemia	(resto de P75-P78)
75 OTRAS PATOLOGIAS	0258, 029.8 (condiciones en N00-N39)	47 Problemas de la Alimentación	P92
35 Placenta previa sin hemorragia	F10-F13	64 OTRAS	(resto de P00-P06, Q00-Q39)
36 Hiperemesis gravídica	O58	39 HIV positivo	P29
37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	O40	40 Patología de la prematuridad	P05
38 Dependencia de drogas	O41.0	41 Hernia inguinal	K40
39 Sufrimiento fetal	O39	42 Ceguera congénita	P56.0
40 Polihidramnios	O39.1	43 Hipotensión / shock	P57
41 Oligohidramnios (sin mención de ruptura de membranas)	B20-B24	65 Síndrome de daño por frío	P92.0 (excluye hipotermia) (ver P20-B)
42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	R75		
43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	O53		
44 Embolismo obstétrico	O50		
45 Falta de cierre de la herida de cesárea			
46 Falta de cierre de la episiotomía			
47 SIDA			
76 HIV positivo			
48 Neoplasia maligna del cuello uterino			
49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria			

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION			
01 Cesárea previa	14	01 Lidocaina o similar	16
02 Sufrimiento fetal agudo	15	02 Aminas simpatoamiméticas	17
03 Desproporción feto-pélvica	16	03 Gases anestésicos (pentrane-fluorano-oxitoceno)	18
04 Alteración de la contractilidad	17	04 Barbitúricos	19
05 Parto prolongado	18	05 Relajantes musculares	20
06 Fracaso de la inducción	19	06 Diazepóxidos	21
07 Descenso detenido de la presentación	20	07 Meperidina	22
08 Embarazo múltiple	21	08 Espasmolíticos	23
09 R.C.F.U.	22	09 Oxitocina	24
10 Parto de pretérmino	23	10 Prostaglandinas	25
11 Parto de posttérmino	24	11 Beta-lactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)	26
12 Presentación podalica	25	12 Aminoglicosidos (gentamicina-amykacina)	27
13 Posición posterior	26	13 Entromicina	28
		14 Metronidazol	29
		15 Betamiméticos	30
			Otros

Buenos días (Buenas tardes), mi nombre es (Indique su nombre) y trabajo para el Sistema Nacional de Salud, estamos realizando unas entrevistas para conocer algunos acontecimientos que sucedieron alrededor de las mujeres que han muerto en nuestro país. Sabemos que una Señora murió hace algún tiempo por lo que quisiéramos que colaborara contestando algunas preguntas. La información que proporcione será confidencial y de mucha ayuda para salvar la vida de otras mujeres.

Pregunte al interesado si acepta participar y en caso de hacerlo inicie con la sección de la siguiente página (pregunta 3).

Si no realizó la entrevista anote el motivo:

- | | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------|--|
| 1. No se encontraron los familiares | | 2. Domicilio falso | |
| 3. Cambio de domicilio | | 4. Se negó | |

3. PARENTESCO CON LA FALLECIDA

- | | | | |
|-------------------|--|--------------|--|
| 3.1. MADRE | | 3.2. PADRE | |
| 3.3. ESPOSO | | 3.4. HERMANO | |
| 3.5. HERMANA | | 3.6. HIJO | |
| 3.7. HIJA | | 3.8. OTRO | |
| ESPECIFICAR _____ | | | |

3.1. LA FALLECIDA HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA

- | | | |
|-----------|--|-------------------|
| 3.1.1. NO | | ESPECIFIQUE _____ |
| 3.1.2. SI | | |

3.2. LA FALLECIDA ERA MONOLINGÜE EN LENGUA INDÍGENA

- | | |
|-----------|--|
| 3.2.1. SI | |
| 3.2.2. NO | |

4. FECHA DEL FALLECIMIENTO

HORA	DÍA	MES	AÑO

5. ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES DE INTERÉS

5.1. ANTECEDENTES FAMILIARES

- | | | | |
|------------------------------|--|--------------------------|--|
| 5.1.1. SIN ANTECEDENTES | | 5.1.2. CARDÍACOS | |
| 5.1.3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL | | 5.1.4. DIABETES MELLITUS | |
| 5.1.5. MALFORM. CONGÉNITAS | | 5.1.6. OTRAS | |
| ESPECIFICAR _____ | | | |

5.2. PERSONALES, MÉDICO/QUIRÚRGICOS

- | | | | |
|----------------------------|--|------------------------------|--|
| 5.2.1. SIN ANTECEDENTES | | 5.2.2. CARDIOP. CONGÉNITA | |
| 5.2.3. CARDIOP. REUMÁTICA | | 5.2.4. HIPERTENSIÓN ARTERIAL | |
| 5.2.5. MALFORM. CONGÉNITAS | | 5.2.6. DIABETES MELLITUS | |
| 5.2.7. TIROIDEOPATÍA | | 5.2.8. OTRA ENDOCRINOPATÍA | |
| 5.2.9. ENF. COLÁGENA | | 5.2.10. TUBERCULOSIS PULM. | |
| 5.2.11. OTRA NEUMOPATÍA | | 5.2.12. DROGADICCIÓN | |
| 5.2.13. EPILEPSIA | | 5.2.14. OTRA NEUROPATÍA | |
| 5.2.15. NEFRROPATÍA | | 5.2.16. HEMATOPATÍA | |
| 5.2.17. SIDA | | 5.2.18. OTRAS | |
| ESPECIFICAR _____ | | | |

5.3. ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

- | | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| 5.3.1. NÚMERO DE GESTAS | | 5.3.2. NÚMERO DE PARTOS | |
| 5.3.3. NÚMERO DE ABORTOS | | 5.3.4. NÚMERO DE CESÁREAS | |
| 5.3.5. NÚMERO DE EMBARAZOS
EXTRAUTERINOS | | | |

6. PADECIMIENTO

6.1. ¿DE QUÉ ENFERMEDAD CREE USTED QUE MURIÓ? _____

6.2. ¿DE QUÉ ENFERMEDAD LE DIJERON A USTED QUE MURIÓ? _____

6.3. POR FAVOR, DÍGAME USTED LA FECHA Y HORA EN QUE EMPEZÓ A ESTAR ENFERMA LA SEÑORA
HORA _____ DÍA _____
MES _____ AÑO _____

6.4. ¿PODRÍA USTED DESCRIBIR LAS MOLESTIAS QUE PRESENTÓ, DESDE QUE EMPEZÓ A ESTAR ENFERMA
HASTA QUE MURIÓ?

7. SITIO Y ETAPA DEL ESTADO GRÁVIDO-PUERPERAL EN QUE OCURRIÓ LA MUERTE

7.1. SITIO DONDE OCURRIÓ EL FALLECIMIENTO

7.1.1.	DOMICILIO DE LA FALLECIDA		7.1.2.	DOMICILIO PARTERA	
7.1.3.	UNIDAD MÉDICA PRIVADA		7.1.4.	UNIDAD DE SALUD	
7.1.5.	TRASLADO		7.1.6.	OTRO	
				ESPECIFICAR _____	

7.2. EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ DURANTE

7.2.1.	EMBARAZO		7.2.2.	PARTO NORMAL	
7.2.3.	PARTO DISTÓCICO		7.2.4.	POSTPARTO	
7.2.5.	CESÁREA		7.2.6.	POSTCESÁREA	
7.2.7.	ABORTO		7.2.8.	POSTABORTO	

8. NECROPSIA (AUTOPSIA O ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO)

8.1. ¿SE REALIZÓ NECROPSIA?

8.1.1.	SI		8.1.3.	PASE A LA PREGUNTA 8.2	
8.1.2.	NO			SE IGNORA	

8.2. ¿PODRÍA USTED DECIR ALGUNOS DE LOS DATOS DE LA AUTOPSIA?

9. EMBARAZO ACTUAL

9.1. EDAD DEL EMBARAZO (EN MESES) _____

9.2. LA FALLECIDA TUVO CONTROL PRENATAL

9.2.1.	SI		9.2.2.	NO	
9.2.3.	SE IGNORA				

9.3. LA VIGILANCIA PRENATAL FUE REALIZADA POR:

9.3.1.	MÉDICO ESPECIALISTA		9.3.2.	MÉDICO GENERAL	
9.3.3.	MÉDICO PASANTE		9.3.4.	ENFERMERA	
9.3.5.	AUXILIAR DE ENFERMERÍA		9.3.6.	PARTERA TRAD. CAPACITADA	
9.3.7.	PART. TRAD. NO ADIESTRADA		9.3.8.	OTRO	

9.4. MES EN QUE SE INICIÓ EL CONTROL PRENATAL

9.4.1.	PRIMERO, SEGUNDO O TERCERO		9.4.2.	CUARTO	
9.4.3.	QUINTO		9.4.4.	SEXTO	
9.4.5.	SÉPTIMO		9.4.6.	OCTAVO	
9.4.7.	NOVENO		9.4.8.	SE IGNORA	

9.5. NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES

9.5.1.	UNA A DOS		9.5.2.	TRES A CINCO	
9.5.3.	MÁS DE CINCO		9.5.4.	SE IGNORA	

9.6. FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA

DÍA	MES	AÑO		

10. EXÁMENES DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL

10.1. DURANTE EL CONTROL PRENATAL SE REALIZARON EXÁMENES DE:

10.1.1.	SANGRE (HEMOGLOBINA)	SI		NO		SE IGNORA	
10.1.2.	ORINA (E.G.O.)	SI		NO		SE IGNORA	
10.1.3.	GRUPO SANGUÍNEO	SI		NO		SE IGNORA	
10.1.4.	RAYOS "X"	SI		NO		SE IGNORA	
10.1.5.	ULTRASONIDO	SI		NO		SE IGNORA	

12.7. EL PARTO FUE :

12.7.1. ESPONTÁNEO

| |

12.7.2. INDUCIDO

| |

12.7.3. SE IGNORA

| |

12.8. CUANTO TIEMPO DURÓ EL TRABAJO DE PARTO: _____ HORAS

12.9. ¿SABE USTED, SI HUBO COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO?

12.9.1. SÍ

| |

12.9.2. NO

| |

EN CASO AFIRMATIVO, MENCIONE CUÁLES: _____

12.10. SI SE REALIZÓ OPERACIÓN CESÁREA; PODRÍA DESCRIBIR CUÁL FUE LA INDICACIÓN PARA REALIZARLA: _____

13. ABORTO

13.1. SI LA FALLECIDA TUVO UN ABORTO, SABE SI ÉSTE FUE :

13.1.1. ESPONTÁNEO

| |

13.1.2. INDUCIDO

| |

13.1.3. SE IGNORA

| |

13.2. EN QUE MES DEL EMBARAZO OCURRIÓ EL ABORTO _____

13.3. DURANTE O DESPUÉS DEL ABORTO HUBO ALGUNA COMPLICACIÓN

13.3.1. SÍ

| |

13.3.2. NO

| |

13.3.3. SE IGNORA

| |

13.4. EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUÁL O CUÁLES _____

14. PUERPERIO (CUARENTENA)

14.1. DURANTE EL PUERPERIO HUBO ALGUNA COMPLICACIÓN

14.1.1. SÍ

| |

14.1.2. NO

| |

14.1.3. SE IGNORA

| |

14.2. EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUÁL O CUÁLES

14.2.1. CRISIS CONVULSIVAS

| |

14.2.2. INFECCIÓN

| |

14.2.3. HEMORRAGIA

| |

14.2.4. OTRAS

| |

ESPECIFICAR: _____

15. ATENCIÓN EN HOSPITAL O UNIDAD DE SALUD

NOMBRE DEL HOSPITAL O UNIDAD DE SALUD EN DONDE SE ATENDIÓ:

15.1. ¿ LA FALLECIDA TUVO ATENCIÓN MÉDICA? (CONSULTA MÉDICA)

15.1.1.	SI		15.1.2.	NO	
15.1.3.	SE IGNORA				

15.1.1. EN CASO AFIRMATIVO ESTA FUE DURANTE:

15.1.1.1.	EMBARAZO		15.1.1.2.	PARTO	
15.1.1.3.	CESÁREA		15.1.1.4.	PUERPERIO (CUARENTENA)	
15.1.1.5.	ABORTO				

DESCRIBA EL MOTIVO Y LA FECHA:

15.2. ¿ LA FALLECIDA ESTUVO HOSPITALIZADA?

15.2.1.	SI		15.2.2.	NO	
15.2.3.	SE IGNORA				

15.2.1. EN CASO AFIRMATIVO ESTO FUE DURANTE:

15.2.2.1.	EMBARAZO		15.2.2.2.	PARTO	
15.2.2.3.	CESÁREA		15.2.2.4.	PUERPERIO (CUARENTENA)	
15.2.2.5.	ABORTO				

DESCRIBA EL MOTIVO Y LA FECHA:

15.3. TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBIÓ

15.3.1.	SE IGNORA		15.3.2.	QUIRÚRGICO	
15.3.3.	MÉDICO				

ESPECIFIQUE:

15.4. EN CASO DE QUE LA FALLECIDA HAYA SIDO HOSPITALIZADA; ¿LE INFORMARON A USTED O A SUS FAMILIARES, DEL ESTADO DE SALUD DE LA PACIENTE DESPUÉS DE LA ATENCIÓN?

15.4.1.	SI		15.4.2.	NO	
15.4.3.	SE IGNORA				

15.5. ¿SE TRASFUNDIÓ SANGRE A LA PACIENTE?

15.5.1.	SI		15.5.2.	NO	
15.5.3.	SE IGNORA				

15.6. EN CASO AFIRMATIVO, LA TRANSFUSIÓN FUE DURANTE:

15.6.1.	EMBARAZO		15.6.2.	PARTO	
15.6.3.	CESÁREA		15.6.4.	PUERPERIO (CUARENTENA)	
15.6.5.	ABORTO				

15.7. ¿CUÁL FUE EL MOTIVO DEL EGRESO DE LA PACIENTE?

15.7.1.
15.7.3.

MEJORA
SE IGNORA

| |
| |

15.7.2.

DEFUNCIÓN

| |

16. NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:

17. CARGO DEL ENTREVISTADOR:
