

Sub-registro de mortalidad materna en el Municipio Maracaibo

Drs. José E. García Ildefonso, Lorena Furlanetto, Marisol Fernández Bravo, Rafael Molina-Vílchez

Epidemiología. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad del Zulia. Hospital "Dr. Manuel Noriega Trigo". Instituto Venezolano del Seguro Social. Maracaibo. Estado Zulia

RESUMEN

Objetivo: Determinar el porcentaje de sub-registro de la mortalidad materna en el Municipio Maracaibo, entre 1993 y 1997.

Ambiente: Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia. Posgrado de Epidemiología.

Método: Estudio comparativo de la mortalidad materna a través de los certificados de defunción y los archivos de historias médicas de los hospitales.

Resultados: 28,81% de sub-registro total, con máximo de 46,42% en 1995 y descenso posterior, hasta 17,95% en 1997. Se encontraron 126 casos en los certificados y 177 en los archivos hospitalarios.

Conclusiones: Añadir los departamentos de historias médicas como fuente de información, disminuye el sub-registro encontrado en los certificados de defunción.

Palabras clave: Mortalidad materna.

SUMMARY

Objective: To assess the maternal mortality under-reporting in Municipio Maracaibo, from 1993 to 1997.

Setting: Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Postgraduate course of epidemiology.

Method: Comparative study with death certificates and hospital medical record files.

Results: 28.81% of total under-reporting, with a 46.42% peak in 1995, and a posterior fall until 17.95% in 1997. A hundred and twenty six cases were found among the death certificates, and 177 in the hospital medical record files.

Conclusions: The use of local medical record files reduces under-reporting of data obtained from death certificates.

Key words: Maternal mortality.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna (MM) es actualmente uno de los problemas de mayor trascendencia que enfrenta el sistema de salud de un país, porque denota subdesarrollo, pobreza y déficit en la prestación de servicios básicos. La tasa de MM figura entre los indicadores más fidedignos para medir la situación socioeconómica y cultural de los pueblos (1,2). Venezuela se encuentra actualmente clasificada entre los países con tasa elevada, aunque no se tienen estadísticas oficiales recientes dispo-

nibles y las que existen, tanto a nivel regional como nacional, se presume un amplio sub-registro.

No se conoce el verdadero número de madres fallecidas. Los sistemas de estadística vital de las instituciones gubernamentales, se han mostrado insuficientes para mejorar el tipo de información que se obtiene de los clínicos, los certificados de defunción y los métodos de análisis de estos. Aun equipos de trabajo como los del Centro para Control de Enfermedades (CDC), de Estados Unidos, se ven obligados a utilizar otras fuentes, como el llamado "Grupo de Interés Especial" del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) siglas en inglés, que ejerce una vigilancia voluntaria de la MM (3). En escala internacional se ha buscado la activación de los Comités de estudio de MM, pero

Recibido: 08-12-99

Aceptado para publicación: 24-01-00

no se ha logrado, lo que se demuestra en nuestra región y en muchas otras, dentro y fuera de Venezuela.

Es propósito de esta investigación, determinar el porcentaje de sub-registro en los certificados de defunción, que constituyen la base tradicional de los cálculos oficiales de las tasas de mortalidad general y materna.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación retrospectiva, longitudinal, descriptiva, no experimental, cuyo universo estuvo conformado por pacientes clasificadas como MM (4): aquella que ocurre en una mujer mientras está embarazada, o antes de los cuarenta y dos días de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del mismo, por alguna causa relacionada o agravada por él o el tratamiento, pero no por causas accidentales. Los datos se obtuvieron del Departamento de Historias Médicas de los Hospitales: Central Dr. Urquinaona, Nuestra Señora de la Chiquinquirá, Universitario de Maracaibo, Materno Infantil Cuatricentenario, Materno Infantil Raúl Leoni y Adolfo Pons; y de los certificados de defunción con igual diagnóstico registrados en la Unidad de Epidemiología y Estadística Vital del Estado Zulia, en el lapso comprendido entre los años 1993 y 1997. No se incluyeron los decesos ocurridos en clínicas privadas, ni en los centros asistenciales que hoy forman parte del Municipio San Francisco, el cual pertenecía anteriormente al Distrito Maracaibo. La búsqueda en archivos hospitalarios se realizó siguiendo la clasificación internacional de enfermedades: códigos 630-676 para los años 1993 al 1995 y códigos O 00.0-O 99.9 desde 1996.

Se utilizó un cuestionario con preguntas de tipo cerrado y, con fines de procesamiento se estableció un sistema de códigos y sub-códigos aplicados a la variable y sus respectivos indicadores. El instrumento de registro, utilizado comparativamente para las dos fuentes de información se aprecia en el Cuadro 1. Los resultados se expresan en números y porcentaje.

RESULTADOS

En los Departamentos de Historias Médicas se registraron 177 casos de MM, 126 de los cuales estaban codificadas como tales en los archivos epidemiológicos, determinando un sub-registro de

28,81%. En el Cuadro 2 se presentan las diferencias estadísticas por años, llegando el sub-registro a su nivel máximo en 1995: 46,42%, para mostrar en los años sucesivos una tendencia al descenso.

El sub-registro de cada hospital en particular, aparece en el Cuadro 3. En dos de los centros asistenciales, Materno Infantil Raúl Leoni y Cuatricentenario, no se evidenció.

Cuadro 1

Mortalidad materna según sistema de registro por año

Sistema de registro	Años					Total
	1993	1994	1995	1996	1997	
Historias clínicas	44	37	28	29	39	177
Certificados de defunción	30	26	15	23	32	126

Cuadro 2

Sub-registro de la mortalidad materna por año

Año	Sub-registro (%)
1993	31,81
1994	29,73
1995	46,42
1996	20,69
1997	17,95

Cuadro 3

Porcentaje de sub-registro por año y Hospital

Años	Chiquinquirá	Central	Univer- sitario	Cuatricen- tenario	Raúl Leoni	Adolfo Pons
	1993	30,00	50,00	27,58	0	0
1994	33,33	33,33	26,66	0	0	50,00
1995	66,66	75,00	47,05	0	0	0
1996	60,00	20,00	13,33	0	0	0
1997	26,66	33,33	0	0	0	0
Total	35,71	38,46	25,58	0	0	57,14

DISCUSIÓN

Resulta impactante un porcentaje de sub-registro de 28,81% para un problema de salud pública, de la magnitud de la MM. Al analizar el Cuadro 3, se observa que, para centros asistenciales aislados, hubo niveles tan altos como 100% y 75%. Los resultados de los centros materno-infantiles pueden ser explicados tomando en cuenta que tienen cifras absolutas y tasas de MM muy bajas, probablemente porque, carecen de unidades de cuidados intensivos, las pacientes complicadas y de muy alto riesgo son referidas a otros institutos, donde se cuenta con recursos tecnológicos más avanzados. Estos últimos actúan como unidades de referencia y aumentan notablemente sus cifras de MM. Los primeros, en ocasiones sin registros de MM, trasladan los casos con morbilidad importante, constituyéndose esa situación en factor de sub-registro cualitativo.

Medir la MM no es tarea fácil. Al utilizarse diferentes métodos se obtienen diferentes resultados y, como reportan Royston y Abou-Zahr (5), existe sub-registro en las cifras de diferentes partes del mundo, sobre todo en los países en desarrollo, no escapa de esto Venezuela y, específicamente, el municipio Maracaibo, donde los registros se realizan en una forma antigua, propia del tercermundismo, todavía con sistemas manuales, basados en reportes diarios, fácilmente extraviados, que además de informar tardíamente, tienen la posibilidad del error frecuente. La consecuencia lógica es la omisión de la información a transmitir. Además, una gran dificultad para lograr una adecuada clasificación en las causas de mortalidad, es el apreciable nivel de desconocimiento que, muchas veces, demuestra el médico al elaborar los certificados de defunción. Es recomendable que, las autoridades sanitarias planifiquen charlas, o talleres de capacitación, dirigidos a los especialistas, sobre todo los jefes de servicio, destinados a lograr una mejor codificación de los egresos. De la misma manera, es deseable que clínicos y epidemiólogos trabajen con una mejor comunicación.

El sub-registro de la MM es un hecho universal (6). Incluso en países desarrollados, en los que emplean múltiples sistemas de información, mucho más modernos que los disponibles en Venezuela, se sigue presentando en variadas escalas. Una revisión reciente llevada a cabo por Schuitemaker y Van Roosmalen (7), determinó que, solamente Dinamarca, Alemania, Irlanda y Escocia, especifican en un aparte

del certificado de defunción, la situación de embarazo o no. En el Reino Unido, el Departamento de Salud reportó, para el período 1983-1992, un 26% de sub-registro, con una de las primeras causas en la omisión, por parte del médico, del reporte del embarazo reciente (8). Según Bouvier (9), entre 1988 y 1989, la cifra llegó en Francia a 56%. En el Estado de Georgia, de Estados Unidos entre 1975 y 1976 osciló entre 27% y 50%, y en Utah, para 1998, fue de 33,9% (10,11). Sólo el 77% de las muertes por aborto conocidas en los archivos epidemiológicos de Atlanta, han sido informadas por las divisiones de estadística vital del estado; el resto procede de otras fuentes (12). En diversas zonas de América Latina, al igual que en África, no se dan cifras, pero se presume que son elevadas, principalmente en la población rural (2). Pero el problema existe igualmente para ciudades, calculándose el sub-registro en más del 50% (13). Se estima que, a escala mundial, la deficiente información hace que, sólo en un 35% de la población se conozca la causa de la MM (5). Es la regla, en vez de la excepción.

Para algunos especialistas en esta parte de la epidemiología, es motivo de inquietud y discusión observar un tipo diferente de sub-registro, condicionado por lo estrecho de la definición de MM que tiene como límite los 42 días posparto (2,3). Tal convencionalismo, señalan, hace que no se clasifiquen pacientes que mueren como consecuencia de enfermedades relacionadas con el embarazo, como la cardiomiopatía periparto y la patología del trofoblasto. La cardiomiopatía puede manifestarse desde dos meses antes del parto hasta seis después y se han conocido los signos que llevan a la detección de coriocarcinoma hasta 52 semanas posparto.

Es importante subrayar que en la presente investigación, se utilizó solamente una vía adicional de búsqueda de información, además de los certificados de defunción: los departamentos de historias médicas de los hospitales, demostrándose con claridad que, ofrecen datos capaces de ampliar en forma considerable el conocimiento sobre la verdadera situación de la MM. En otros estudios, en los que se usaron además interrogatorios dirigidos personalmente a miembros de los equipos de trabajo hospitalario, también se han encontrado altas tasas de subregistro (1,14). Laurenti, en Sao Paulo, Brasil, al hacer una investigación con los familiares, médicos y otros trabajadores de la salud que cuidan de los pacientes, consiguió que la mitad de la MM real, está clasificada en los archivos oficiales como

debida a otra causa; a pesar de que, en esa localidad, el registro cuantitativo de muertes tiene una cobertura cercana al 100% (13).

Hace algunos años se trató de implementar en Venezuela un sistema de vigilancia epidemiológica de la MM que incluía, además del funcionamiento de Comités de Estudio desde el nivel local hasta el regional, una historia clínica bastante detallada (1). En muchos hospitales no se ha logrado establecer como rutina de trabajo este formulario. En algunos sitios, se revisan todas las muertes femeninas entre 12 y 49 años, para buscar entre ellas las que se relacionan con el embarazo.

El descenso significativo del sub-registro, observado en Maracaibo durante los dos últimos años, parece ser dependiente de este procedimiento. Se aconseja que la mortalidad femenina en edad reproductiva, se clasifique en: materna declarada, materna presumible y no materna (13).

Las autoridades sanitarias están obligadas a hacer un esfuerzo especial para mejorar la calidad y el uso de la información demográfica, de salud y de servicios que permitan mantener un diagnóstico de situación actualizado. En cuanto a salud reproductiva, es particularmente importante el control epidemiológico de la MM, que tiene en la eliminación del sub-registro existente uno de sus retos primarios. Para plantear una estrategia ante el problema, se debe conocerlo.

Es necesaria la puesta en práctica de un sistema de información actualizada, computarizada que lleve a la automatización de los procesos.

REFERENCIAS

1. Molina-Vílchez R, Fernández GE. Los comités de estudio de la mortalidad materna en Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55:237-241.
2. Calle A, Bejarano F. Análisis de la mortalidad materna en el marco del desarrollo social y económico del Ecuador: 1970-1996. *Rev Ecuat Ginecol Obstet* 1998;5(1).
3. Rochat R, Koonin L. Maternal mortality in the United States: Report from the maternal mortality in the United States. *Obstet Gynecol* 1988;72:91-97.
4. Salleras San Martí L, Gómez López LI. Salud materno-infantil. En: Piedrola G, del Rey J, editores. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona (España): Ediciones Científicas y Técnicas S.A.; 1991.
5. Royston E, Abou Zahr C. Measuring maternal mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99:540-543.
6. Molina-Vílchez R, Marmol de Maneiro L, Morales M, Fernández G, Leal E. Mortalidad materna en el Municipio Maracaibo, Estado Zulia. 1993. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55:93-99.
7. Schuitemaker N, VanRoosmalen J. Underreporting of maternal mortality in the Netherlands. *Obstet Gynecol* 1997;90:78-82.
8. Department of Health. Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom 1988-1990. London HMSO. 1994:412-418.
9. Bouvier Cole M. Reasons for underreporting of maternal mortality in France as indicated by a survey of all deaths of women in childbearing age. *Int J Epidemiology* 1991;20:717-721.
10. Rubin G, Mac Carthy B. The risk of childbearing reevaluated. *Am J Public Health* 1981;71:712-716.
11. Jacob S, Bloebaum L. Maternal mortality in Utah. *Obstet Gynecol* 1998;83:187-192.
12. Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Shulman HB, Ramich M. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:1365-1372.
13. Laurenti R. A mortalidade materna em áreas urbanas na América Latina: o caso de Sao Paulo, Brasil. *Bol Ofic San Panam* 1994;116(1):18-25.
14. Molina-Vílchez R, Barboza R, Urdaneta B, Salazar G. Mortalidad materna en el Hospital Manuel Noriega Trigo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55:217-221.