

Mortalidad materna directa. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 1992-2000

Drs. Pedro Faneite A, Mirna Starnieri

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela

RESUMEN

Objetivo: Conocer la incidencia de la mortalidad materna, factores relacionados, establecer causas y hacer sugerencias para una atención obstétrica más efectiva.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, epidemiológico, analítico de las muertes maternas sucedidas durante el período de 1982-2000, en el cual hubo 38 482 nacidos vivos. Se analizaron 25 historias de las cuales 19 fueron por causas directas y 6 indirectas.

Ambiente: Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Resultados: La tasa de mortalidad materna directa fue 49,37 por 100 000. Las principales causas de muerte fueron por hemorragia, toxemia y sepsis con un 47,37%, 31,58% y 15,79%, respectivamente. Las seis muertes no obstétricas fueron dos neumonías, dos meningitis, dos insuficiencias renales agudas. Entre los factores predominaron las procedentes del Estado Carabobo (63,15%) residentes en barrios (57,89%), soltería (84,21%), con instrucción primaria (68,42%). El antecedente familiar determinante fue la hipertensión (26,31%), al igual que el personal (10,52%), con edad materna entre 35-39 años (42,10%) y sin control prenatal (31,57%). En el estado obstétrico destacaron las gestantes, de II-VII (57,89%), edad de embarazo 37-41 semanas (52,63%), muerte en estado poscesárea (42,10%), el lapso de ingreso a la muerte de 72 horas (31,57%) y menor de 6 horas (26,31%), y la hora de muerte más frecuente fue la noche y madrugada (68,41%). Se realizó autopsia al 21,05%.

Conclusión: Las tasas permanecen elevadas con tendencia a disminuir, con predominio de las causas hemorrágicas, lo que implica una amplia estrategia preventiva.

Palabras clave: Mortalidad materna. Tasas. Etiología.

SUMMARY

Objective: To know the incidence of maternal mortality, related factors, to establish causes and to make suggestions for a more effective obstetric attention.

Method: Descriptive, retrospective, epidemiological, and analytical study of maternal deaths occurred during 1982-2000. Twenty five records were analyzed of which 19 were for direct causes and 6 indirect, with 38 482 live born.

Results: The average rate of direct maternal mortality was 49.37 for 100 000. The main causes of death were hemorrhage, toxemia and sepsis with 47.37%, 31.58%, and 15.79%, respectively. The six non obstetric deaths were two pneumonia, two meningitis, two acute renal failure. Among the factors there prevailed those coming from the Carabobo State (63.15%), residents in poor neighborhoods (57.89%), unmarried (84.21%), with primary instruction (68.42%). The predominant family antecedent was the hypertension (26.31%), the same as the personnel (10.52%), with maternal age among 35-39 years (42.1%) and without prenatal control (31.57%). In the obstetric state, prevailed the group GF II to VII pregnancies (57.89%), the gestational age 37-41 weeks (52.63%), death in state post-cesarean section (42.1%), the interval between admission and death of more than 72 hours (31.57%) and less than 6 (26.41%). Were realized autopsy to 21.05%.

Conclusion: The rates remain high with tendency to diminish, prevailing hemorrhagic causes, what implies a wide preventive strategy.

Key words: Maternal mortality. Rates. Etiology.

INTRODUCCIÓN

Cada minuto de cada día, en alguna parte del mundo, y la mayoría de las veces en una nación en desarrollo, una mujer muere de una complicación

Recibido: 08-12-00

Aceptado para publicación: 08-03-00

relacionada al embarazo o parto. Esta muerte es más que una tragedia personal, ella da méritos para que todos nos involucremos. Además, su muerte representa un enorme costo para la nación, su comunidad y familia. Cualquier inversión social y económica que hubiese hecho en su vida se ha perdido. Su familia perdió su amor, su orientación y productividad dentro y fuera del hogar. La mitad de todas las muertes infantiles pueden ser atribuidas a una pobre salud materna.

Hay más, los niños que sobreviven a una muerte materna, tienen más de 10 veces el riesgo de morir dentro de los dos años de vida comparados con aquellos con padres vivos.

Esta gran tragedia, que ocurre cada año, es grandemente previsible. Una década de investigación ha probado que si se implementan pequeñas y factibles medidas pueden significativamente reducirse los riesgos de salud que una mujer afronta con un embarazo (1,2).

La mortalidad materna (MM) y la perinatal (MO), constituyen dos indicadores de la calidad de la asistencia obstétrica que se presta en un hospital. La Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Panamericana de la Salud (OPS), Sociedades Científicas Nacionales e Internacionales han abogado para que periódicamente se den a conocer las realidades que estén viviendo a fin de dar los correctivos pertinentes. En nuestra región se ha estado atento a este serio problema, López Gómez y col. (3), estudiaron el período inicial del hospital 1970-1981, posteriormente Faneite y Valderrama (4) analizan el lapso 1982-1991, más recientemente hemos publicado la tendencia de la mortalidad materna y perinatal en los últimos años (5).

Pero, las condiciones del país han cambiado, se ha instalado una seria situación socioeconómica que ha impactado negativamente al sector salud (6). Estimulados por esta nada satisfactoria realidad decidimos realizar un nuevo estudio a fin de confrontarlos con los hallazgos previos, y aportar de esta manera una herramienta de lucha contra este mal que deseamos hacer reducible.

Establecimos como objetivo general estudiar las muertes maternas y los objetivos específicos fueron determinar las tasas de muertes, conocer los factores maternos relacionados, determinar las causas de las muertes, establecer las condiciones obstétricas y señalar actividades preventivas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan las historias clínicas de las muertes maternas que ocurrieron en la maternidad del hospital durante el período 1992-2000.

Encontramos un total de 25 historias de muertes, de las cuales 19 eran por causas directas y 6 indirectas; hubo 38 482 nacidos vivos en el lapso estudiado.

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, epidemiológico, analítico, de todas las pacientes que han fallecido en cualquier período de gestación hasta los 42 días del puerperio. A cada una de ellas se le hace una revisión detallada de los datos personales, antecedentes, condiciones del parto, causa de muerte.

Todos los datos son recabados en fichas y presentados en cuadros de distribución de frecuencia para el análisis respectivo.

Por ser un estudio retrospectivo la calidad de la historia aportará la solidez de los datos a recabar.

RESULTADOS

En la Figura 1 y Cuadro 1 se expresan nacimientos, muertes maternas y tasas de mortalidad por 10 000 nacimientos en el lapso estudiado. Es de observar que la tasa de mortalidad materna fue de 49,37 por 100 000 nacidos vivos; se observa tendencia a disminución en los últimos años.

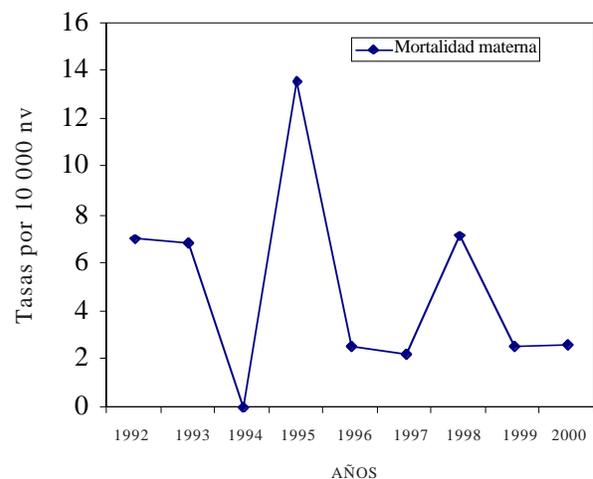


Figura 1. Mortalidad materna directa 1992 – 2000.

MORTALIDAD MATERNA

Cuadro 1
Muertes maternas

Año	RN vivos	Muertes N°		Tasas por 100 000	
		Totales	Directas	Totales	Directas
1992	4 289	3	3	69,9	69,9
1993	4 408	4	3	90,7	68,1
1994	4 677	1	0	21,4	0
1995	4 428	6	6	135,5	135,5
1996	4 014	1	1	24,9	24,9
1997	4 625	1	1	21,6	21,6
1998	4 213	3	3	71,2	71,2
1999	3 972	3	1	75,5	25,2
2000	3 856	3	1	77,8	25,9
Total	38 482	24	19	64,9	49,37

El Cuadro 2 señala la etiología de las muertes obstétricas directas. Las principales causas de muerte fueron por hemorragia, toxemia y sepsis, con un 47,37%, 31,58% y 15,79%, respectivamente. Las seis muertes no obstétricas fueron dos neumonías, dos meningitis, dos insuficiencias renales agudas.

El Cuadro 3 resume los factores; predominaron las procedentes del Estado Carabobo (63,15%) con cifras menores los estados limítrofes, Falcón y Yaracuy. Las residencias en barrios (57,89%) y rural (42,10%), solteras (84,21%) y con instrucción primaria (68,42%).

Cuadro 2
Etiología

Sepsis		Hemorragias		Toxemia		Tromboembolia	
N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
3	15,79	9	47,37	6	31,58	1	5,26
Aborto séptico		Rotura uterina		Toxemia severa			
2	(66,66)	3	(33,33)	5	(83,33)		
Corioamnionitis		Dehiscencia		Eclampsia			
1	(33,34)	1	(11,11)	1	(16,66)		
		Atonía uterina					
		3	(33,33)				
		DPP					
		1	(11,11)				
		Anemia curetaje					
		1	(11,11)				

DPP: desprendimiento prematuro de placenta.

Cuadro 3
Factores

Procedencia		Residencia		Estado civil		Grado instrucción	
N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
12	Carabobo (63,15)	11	Barrio (57,89)	16	Soltera (84,21)	13	Primaria (68,42)
6	Falcón (31,57)	8	Rural (42,1)	3	Casada (15,78)	4	Secundaria (21,05)
1	Yaracuy (5,26)					2	Analfabeta (5,26)
						3	No registrado (15,78)

El Cuadro 4 muestra los antecedentes. El antecedente familiar determinante fue la hipertensión (45,77%), seguida de la diabetes (45,45%); en el personal también destacó la hipertensión (95,34%); con edad materna entre 35-39 años (35,66%) y sin control prenatal (52,56%).

El estado obstétrico se presenta en el Cuadro 5. Destacaron las gestantes de II-VII (26,31%), edad de embarazo 37-41 semanas (52,63%), muerte en estado poscesárea (42,1%). El lapso entre el ingreso del paciente a la muerte fue mayor de 72 horas (31,57%) y menor de 6 horas (26,31%). La hora de

muerte más frecuente fue la noche y la madrugada (68,41%), con incidencia menor en horas matutinas y vespertinas. Se realizó autopsia al 21,05% (4/24).

DISCUSIÓN

Todo esfuerzo que se haga en beneficio de las madres e infantes tienen plena justificación, pues ellos constituyen el 65% de la población, además la de mayor vulnerabilidad. Hacia este tipo de acción han llamado institutos internacionales como la OMS, OPS, Banco Mundial, UNICEF, etc., además de las Sociedades Científicas como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), y en nuestro país las Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Pediatría y Salud Pública.

En Venezuela, en este año 2000 el Ministerio de Salud designó una Comisión Nacional para la prevención de la mortalidad materna e infantil por recomendación presidencial. Se ha elaborado un plan de acción, reuniones con expertos, comisiones regionales, evaluación del trabajo por los estados. Se tienen esperanzas en esta actividad que actualmente se adelanta. Este no es el primer esfuerzo oficial que se hace, en 1994 el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, a través de su Dirección Materno Infantil, promovió los Comités de Estudio de Mortalidad Materna, con un sistema de vigilancia epidemiológica, que fue reseñado por Molina Vélchez y Fernández (7).

Cuadro 4
Antecedentes

Antecedentes familiares N° (%)	Antecedentes personales N° (%)	Edad Años (%)	Control prenatal N° (%)
Hipertensión 5 (26,31)	Hipertensión 2 (10,52)	≤ 19 2 (10,52)	Si 10 (52,63)
Diabetes 4 (21,05)	Alergia 1 (5,26)	20 - 24 3 (15,78)	No No
		25- 29 1 (5,26)	6 (31,57)
		30 - 34 4 (21,05)	No registrado 3 (15,78)
		35 - 39 7 (42,1)	
		40 y más 1 (5,26)	

Cuadro 5
Estado obstétrico

Gestaciones N° (%)	Edad de gestación (Semanas) N° (%)	Situación obstétrica N° (%)	Lapso ingreso a muerte (Horas)	Hora de muerte (Hora)
I 3 (15,78)	≤ 21 2 (10,52)	Poscesárea 8 (42,10)	≤ 6 5 (26,31)	7 - 12 m 3 (15,78)
II -VII 11 (57,89)	22 -27 1 (5,26)	Cesárea/histerec 4 (21,05)	6 - 11 1 (5,26)	1 - 6 pm 3 (15,78)
VIII y más 5 (26,31)	28 - 36 5 (26,31)	Puerperio 3 (15,78)	12 -23 3 (15,78)	7 - 12 PM 6 (31,57)
	37 - 41 10 (52,63)	Aborto 2 (10,52)	24 - 47 3 (15,78)	1 - 6 am 7 (36,84)
	≥ 42 1 (5,26)	Embarazada 2 (10,52)	48 - 71 1 (5,26)	
			≥ 72 6 (31,57)	

En el país han sido múltiples los trabajos publicados en diversos hospitales, cuyos autores han tenido la sensibilidad de alertar sobre este serio problema, que aún mantiene en vilo la conciencia de una adecuada atención a la madre venezolana (8-22).

Los resultados de este trabajo señalan una tasa promedio de mortalidad materna directa de 49,37 por 100 000 durante el período de 1982-200; esta cifra es casi la mitad de los que reportamos para el período 1982-1991, con 95,17 (4), aún menor que lo referido por López Gómez y Bracho de López para el lapso 1970-1981, de 137,59 (3), y próximas a otras (20,22). Esto nos permite señalar que a pesar de que estas cifras son elevadas con relación a países desarrollados, hay una tendencia a disminuir durante estos 30 años.

Las principales causas de muerte directa fueron hemorragia (47,37%), toxemia (31,58%) y sepsis (15,79%); es decir, se ha sucedido un cambio de la etiología; en los dos lapsos estudiados previamente predominó la sepsis (3,4), es probable que esto sea producto de todas las medidas preventivas y cambios estructurales de plantas físicas realizadas y ello implica reorientar estrategias de ataque hacia las causas hemorrágicas específicas encontradas.

Las seis muertes no obstétricas fueron dos neumonías, dos meningitis, dos insuficiencias renales agudas, parecido al último período estudiado (4).

Entre los factores relacionados predominaron las pacientes oriundas del Estado Carabobo como era de esperarse (63,15%), pero por ser el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" un hospital regional no es extraño que aparezcan en la procedencia estados vecinos, como Falcón y Yaracuy; son determinantes las residentes en barrios (57,89%) y rural (42,1%). Hay una condición de inestabilidad familiar que se ha reportado en nuestro estudios, ella es la soltería con 84,21% (4), el factor educacional deficiente es patentizado de nuevo al predominar la instrucción primaria (68,42%); estos factores han sido señalados constantemente (9,16).

El antecedente familiar y personal determinante fue la hipertensión con 26,31% y 10,52%, respectivamente, lo que se relaciona predominantemente con la edad materna de 35 años o más (47,36%). La falta de control prenatal (31,57%), expresa lo deficiente del nivel de la captación de gestantes, motivación, educación sanitaria, cuestión común en diversos reportes (3,4,9,11,12,16).

En el estado obstétrico destacaron los gestantes de II-VII (57,89%), esta prolija reproducción es un factor de riesgo sistemáticamente encontrado (4).

Hubo dominio de los embarazos a término (52,63%), esto ha sido reportado (9,11,12,16), y la muerte en estado poscesárea (42,1%), señalándonos una vez más el riesgo quirúrgico. El lapso de ingreso al momento de muerte, se ha tomado como una forma de valorar la calidad de asistencia prestada, pero ello debe interpretarse con cuidado, en especial se trata de hospitales de referencia; en descargo, hubo muerte menor de 6 horas 26,31%, en general fueron pacientes referidas en mal estado; la muerte mayor de 72 horas fue 31,57%. La hora de muerte más frecuente fue la noche y madrugada (68,41%), esto pudiera estar señalándonos las condiciones y recursos hospitalarios en un horario donde sólo está disponible el personal de guardia. Se realizó autopsia al 21,05% en nuestro último reporte se hizo 5%, sin embargo, esto es muy deficiente, en nuestro hospital hay un solo patólogo, a pesar de las exigencias realizadas (4).

A manera de conclusión podemos decir que las tasas permanecen elevadas, con tendencia a disminuir, con predominio de causas y razones hemorrágicas, lo que implica una amplia estrategia preventiva.

Hemos planteado que existen condiciones extrañas al sector salud que hacen fuerte mella en el nivel de vida del venezolano, nos referimos al estado socioeconómico, nivel de educación, políticas de salud, planificación, entre otros (6,23,24).

Específicamente, se requieren actividades de promoción en salud, actividades asistenciales, donde la jerarquización de la atención y el enfoque de riesgo sea la base, es vital la promoción prenatal, aumentar su cobertura, elevar la calidad del acto médico con dotación adecuada de personal y equipos de los diversos centros de salud.

Actividades docentes, donde las patologías propias de la región sean las de principal dominio; deben abarcar la población en general y a todo el equipo de salud.

Actividades de investigación, facilitar la vigilancia epidemiológica, tratar de disminuir el subregistro (25), y que ella sea el pulso que advierta las circunstancias de salud.

Por supuesto, que la responsabilidad de gran parte de estos programas es del Estado, también se hace necesario una población consciente de sus deberes y derechos, y no sólo nosotros, los que nos hemos dedicado a su atención y cuidado. Esperamos los resultados de todos estos esfuerzos que actualmente adelantan el Ministerio de Salud, Sociedades Científicas y diversos grupos de opinión.

REFERENCIAS

1. UNICEF. El Progreso de las Naciones. Nueva York; 1996.
2. Organización Mundial de la Salud. Revised 1990. Estimates of maternal mortality: A new approach by WHO and UNICEF. Ginebra; 1996.
3. López Gómez JR, Bracho de López C. Mortalidad materna en el Servicio de Obstetricia del Hospital "Adolfo Prince Lara". Rev Obstet Ginecol Venez 1985;45:37-46.
4. Faneite P, Valderrama I. Mortalidad materna. 1982-1991. Rev Obstet Ginecol Venez 1992;52:193-196.
5. Faneite P. Salud reproductiva en obstetricia. Tendencias 1969-1996. I. Mortalidad materna y perinatal. Rev Obstet Ginecol Venez 1997;57:151-156.
6. Faneite P. Impacto socioeconómico sobre la mortalidad perinatal. Rev Obstet Ginecol Venez 2000;60:85-88.
7. Molina R, Fernández G. Los comités de estudio de la mortalidad materna en Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez 1995;55:237-241.
8. Crespo J. Mortalidad materna en el Hospital Central "Antonio María Pineda", Barquisimeto. Rev Obstet Ginecol Venez 1970;30:497-501.
9. Suárez R. Mortalidad materna en Maracaibo. (1962-1967). Rev Obstet Ginecol Venez 1971;3:1364-1372.
10. Briceño I. Mortalidad materna en el Hospital Central de Valera. Rev Obstet Ginecol Venez 1975;35:305-309.
11. Salazar J. Mortalidad materna en el Hospital Central Luis Razetti, Barcelona. Rev Obstet Ginecol Venez 1976;36:121-130.
12. Regardiz R. Mortalidad materna en el Hospital "Manuel Núñez Tovar". Rev Obstet Ginecol Venez 1977;37:37-42.
13. Agüero O, Torres J. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios". Rev Obstet Ginecol Venez 1977;37:361-365.
14. Sukerman E, Pagés P. Mortalidad materna por sepsis 1970-1979. Rev Obstet Ginecol Venez 1981;41:95-102.
15. Uzcátegui O, Silva D. Mortalidad materna en el Hospital "José Gregorio Hernández". Rev Obstet Ginecol Venez 1981;41:233-236.
16. Silva M, Petit G. Mortalidad materna. Rev Obstet Ginecol Venez 1982;42:95-98.
17. Agüero O, Torres J. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios". Rev Obstet Ginecol Venez 1985;45:92-97.
18. Lairer O, Paz L, Lairer de Paz M. Mortalidad materna en el Hospital Central Portuguesa de Acarigua-Araure 1970-1984. Rev Obstet Ginecol Venez 1986;46:33-36.
19. Molina R, Barboza R, Urdaneta B, Salazar G. Mortalidad materna en el Hospital "Manuel Noriega Trigo". Rev Obstet Ginecol Venez 1995;55:217-221.
20. Uzcátegui O, Centanni L, Armas R. Mortalidad materna: 1981-1994. Rev Obstet Ginecol Venez 1995;55:89-92.
21. Molina R, Mármol de ML, Morales M, Fernández G, Leal E. Mortalidad materna en el municipio Maracaibo, Edo. Zulia, 1993. Rev Obstet Ginecol Venez 1995; 55:93-99.
22. Suárez D. Mortalidad materna en el Hospital "Dr. Adolfo D'Empaire", Edo. Zulia durante los años 1988-1995. Rev Obstet Ginecol 1997;57:177-180.
23. Díaz A, Schwarcz R. Mortalidad materno infantil en las Américas y el enfoque de riesgo. Publicación Científica CLAP; OPS/OMS, N° 1149. Montevideo Uruguay, 1987:8-9.
24. Suite M. Maternal mortality: Confidential enquiries into maternal death in the United Kingdom. Am J Obstet Ginecol 2000;182:760-766.
25. García J, Furlanetto L, Fernández M, Molina R. Subregistro de mortalidad materna en el Municipio Maracaibo. Rev Obstet Ginecol Venez 2000;60:175-178.

Dirección: Urbanización Rancho Grande, Calle 45, Cruce Av. Bolívar. Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Correo electrónico: faneite@telcel.net.ve.