

Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”: 1982-1991

Drs. Julio G. Brito Hurtado*, Carlos Cabrera**, Orlando Gutiérrez***, Miguel Gutiérrez***,
Flor Porras****

Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas, Venezuela

RESUMEN

Objetivo: Investigar las muertes maternas para conocer la tasa de mortalidad, causas y factores relacionados, con la finalidad de proponer estrategias y afrontar este grave problema.

Ambiente: Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de las muertes maternas que ocurrieron entre los años 1982 - 1991.

Resultados: Se registraron 423 muertes maternas. La tasa de mortalidad materna promedio de los 10 años fue de 162,2 por 100 000 nacidos vivos. Predominaron las muertes de causa directa representada por sepsis (48,1 %) principalmente posaborto, hipertensión inducida por el embarazo (28,3 %) y hemorragia (17,4 %). Las principales causas indirectas fueron infecciones (28 %), patología cardiovascular (25 %) y pulmonar (15 %). Asistieron al control prenatal 20,1 %, procedían del Distrito Federal 58,1 % y del Estado Miranda 36,7 %; fueron referidas de otros hospitales 52,7 % de las pacientes y la edad materna que prevaleció fue entre 25-29 años (26 %). El grupo de V o más gestas predominaron (31 %), la forma de terminación del embarazo más frecuente fue parto vaginal (34,5 %), seguido por aborto (27,9 %) y luego cesárea (26,2 %), el intervalo entre admisión y muerte fue mayor de 48 horas en el 59,5 % de los casos y 40,4 % permaneció menos de 2 días de hospitalización. Se realizó autopsia a 286 pacientes que representan el 67,6 %.

Conclusión: La Maternidad “Concepción Palacios” tiene altas tasas de mortalidad materna prevenible. Debemos hacer esfuerzos para mejorar la capacidad y calidad de la atención obstétrica.

Palabras clave: Mortalidad materna. Aborto. Hipertensión inducida por el embarazo. Hemorragia.

SUMMARY

Objective: Investigate the maternal death to know mortality average rate, causes and related factors, to propose strategy and confront this important problem in Concepción Palacios Maternity, Caracas.

Setting: Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas.

Method: Retrospective, descriptive, and analytical study of maternal death occurred during the ages 1982 - 1991.

Results: We found 423 maternal deaths. The maternal mortality rate was 162.2 per 100 000 live births in 10 ages. The leading direct causes was sepsis (48,1 %) principally after abortion, pregnancy induced hypertension (28.3 %) and hemorrhage (17,4 %). The main indirect causes were: infections (28 %), cardiovascular (25 %) and pulmonary (15 %) complications. 20.1 % received prenatal care, 58.1 % and 36.7 % arriving from Federal District and Miranda respectively; 52.7 % of cases was referral from others hospitals and the age maternal predominant was 25-29 ages (26 %). Prevailed the group V or more pregnancies (31 %), death in state postdelivery (34.5 %) and post abortion (27.9 %), the interval between admission and death of more de 48 hours (59.5 %) and less than 2 days of hospitalizations (40.4 %). Autopsy was performed in 286 cases (67.6 %).

Conclusions: Our maternity have high rate of maternal mortality avoidable. We must make an effort to improve the capacity and the quality of obstetric attention.

Key words: Maternal mortality. Abortion. Pregnancy induced hypertension. Hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece actualmente que se producen 585 000 muertes maternas por año en el mundo entero, alrededor de 85 000 muertes más que en estimaciones anteriores lo que sugiere un aumento sustancial

* Perinatólogo, adjunto al Servicio de Prenatal de la Maternidad “Concepción Palacios”.

** Obstetra y Ginecólogo, Jefe del Servicio de Investigaciones Científicas de la Maternidad “Concepción Palacios”.

*** Obstetra y Ginecólogo.

**** Médico epidemiólogo, Ex Jefa del Servicio de Estadística y Archivo de la Maternidad “Concepción Palacios”.

debido al subregistro del pasado (1). El 99 % de estas muertes ocurren en países subdesarrollados, principalmente ubicados en Asia (62 %), África (30 %) y América Latina (7 %) (2). El riesgo de muerte de una mujer embarazada por causas relacionadas con su embarazo es muy alto: 1 cada 10 en algunos países subdesarrollados comparado con 1 cada 10 000 para países desarrollados (1). Las cifras son tan alarmantes, que se puede comparar como si un avión de 260 pasajeros se estrellara cada 4 horas del día (3).

En las Américas sólo 2 países tienen tasas de mortalidad materna (TMM) inferior a 10 por 100 000 nacidos vivos (NV), estos son Estados Unidos (EE.UU) con 9,1 por 100 000 NV (4) y Canadá con 4 por 100 000 NV, considerada una de las tasas más bajas del mundo debido a la cobertura universal y acceso igualitario de toda la población a los servicios de salud (5,6). Países como Cuba, Costa Rica, Chile, Uruguay y México tienen TMM intermedias que se ubican entre 20 - 49 por 100 000 NV; el resto de los países de América donde se incluye Venezuela son considerados con altas TMM; donde Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras y Perú registraron los valores más altos, más de 150 muertes maternas (MM) por 100 000 NV (7).

Venezuela es uno de los países que ha registrado una disminución acentuada de las TMM, para el quinquenio 1940 - 1944 la tasa estimada fue de 281,99 por 100 000 NV y para el lapso 1975 - 1979 de 67,59 por 100 000 NV; lo que indica una reducción porcentual de 79,9 % en 40 años (8). Durante los últimos 15 años estas cifras se han mantenido entre 56,65 por 100 000 NV para el período 1980 - 1984 y 60,92 por 100 000 NV en el lapso 1990 - 1993 ubicándonos entre los países con alta tasa de mortalidad según la OMS (9). Estamos seguros que en realidad estos valores deben ser mucho más elevados si se toma en cuenta el problema del subregistro que alcanza valores entre 45 % y 75 % (6,10-12). Además influye la discrepancia en la definición de términos.

La OMS establece como muerte materna a toda muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (9).

La muerte materna se clasifica en: obstétrica directa e indirecta. Las directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, de omisiones, de

tratamiento incorrecto o de la cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. Las muertes maternas obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo (9).

La Maternidad "Concepción Palacios" (MCP) fundada en 1938 (13) es un centro de atención obstétrica importante del país, con un promedio anual de nacidos vivos entre los años 1982 a 1991 de 26 075. Muchos son los investigadores que se han encargado del estudio de la mortalidad materna en nuestra institución (14-19), destacándose los trabajos realizados por Agüero y col. desde 1939 - 1974 (18) y luego desde 1975 - 1981 (19). Debido a la ausencia de publicaciones con respecto a este importante tema, presentamos la primera parte de nuestro estudio sobre MM. Éste abarca desde el año 1982 a 1991, siguiendo el esquema de 10 años de Agüero y col. y analizando el contexto mundial, nacional y local para esos años.

Las variables consideradas fueron las siguientes: edad, estado civil, procedencia, referencia, número de gestas, control prenatal, métodos anticonceptivos, forma de terminación del embarazo, días de hospitalización, intervalo entre admisión y muerte, autopsia realizada, clasificación de la muerte, evitabilidad y responsabilidad institucional, profesional o del paciente y la comunidad en la muerte.

El objetivo principal de este trabajo fue investigar las muertes maternas para conocer la tasa de mortalidad, causas y factores relacionados, con la finalidad de proponer estrategias y afrontar este grave problema en la Maternidad "Concepción Palacios".

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de las muertes maternas ocurridas en la MCP durante el período 1982 - 1991. La OMS considera que las muertes en pacientes obstétricas por causas accidentales o incidentales sean excluidas de la definición de muerte materna; recomendación que seguimos en esta investigación, pero es bueno resaltar que según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia éstas son consideradas dentro de la clasificación de muerte materna como

MORTALIDAD MATERNA

defunción por causa no obstétrica (20).

Los datos se recogieron en una ficha epidemiológica hecha en base a las variables consideradas, se calcularon porcentajes individuales y se realizaron cruces de variables para enriquecer la interpretación epidemiológica. Se elaboraron cuadros y gráficos para facilitar la presentación y análisis de los resultados. La TMM se informa, desde hace muchos años y por acuerdo internacional por 100 000 NV (21), en contra de la recomendación original que era por 10 000 NV (20) y de la actual OMS, que sugiere que sea por 1 000 NV (9). En este estudio se registran por 100 000 NV debido a que es una tasa específica y para poder compararlo con otros países, pero en algunos casos sólo contamos con la tasa por 1 000 NV que también se utiliza.

Limitaciones: escasos datos reportados acerca de nivel de instrucción, estado civil, contraceptivos y control prenatal. Así como insuficiente información en los registros para poder establecer la evitabilidad y responsabilidad institucional, profesional o del propio paciente y su comunidad.

RESULTADOS

En la MCP desde 1982 hasta 1991 se registraron en el servicio de Estadística y Archivo 423 muertes maternas y 2 muertes no obstétricas (causas accidentales).

El Cuadro 1 muestra las muertes maternas, los nacidos vivos registrados y la correspondiente tasa de mortalidad por año, observando que las cifras oscilaron entre un valor mínimo de 126,6 por 100 000 NV para el año 1986; y un valor máximo de 187 por 100 000 NV correspondiente al año 1989. Globalmente se registraron 260 745 NV y 423 muertes maternas para una tasa promedio de 162,2 por 100 000 NV. Al analizar estos valores observamos que la TMM tiene una tendencia al descenso entre los años 1982 - 1986, salvo por una tasa alta en 1985. Posteriormente se presenta una ligera alza en el período 1987 - 1989 para nuevamente descender entre los años 1990 - 1991. De todos modos una línea de tendencia central presenta un trazo estable, con leve disposición al descenso, para el lapso estudiado.

Es importante comparar la TMM de un hospital con la del estado donde se ubica, otros estados y la del propio país como se observa en la Figura 1, el Estado Miranda tiene una TMM mayor que la del Distrito Federal y en general por encima del promedio de la de Venezuela con una tendencia a la baja en los

Cuadro 1

Distribución de la tasa por 100 000 nacidos vivos por año

Años	Muertes maternas	Nacidos vivos	Tasa por 100 000 NV
1982	50	27 578	181,3
1983	50	29 193	171,5
1984	39	26 913	144,9
1985	45	25 073	179,5
1986	32	25 273	126,6
1987	36	23 902	150,6
1988	35	22 726	154,0
1989	50	26 733	187,0
1990	47	27 451	171,2
1991	39	25 903	150,6
Total	423	260 745	162,2

Fuente: Servicio de estadística y archivo de la MCP.

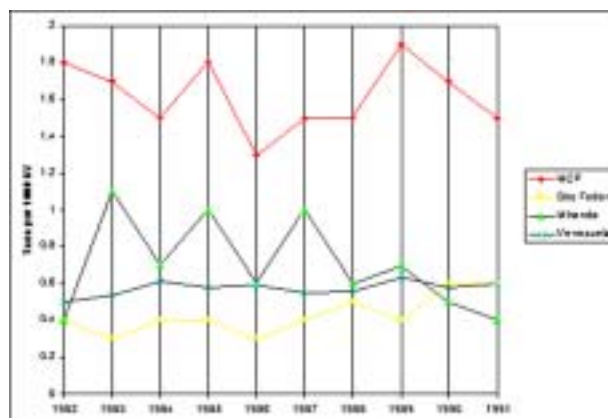


Figura 1. Tasa de mortalidad por 1 000 nacidos vivos por año en Venezuela, Miranda, Distrito Federal y Maternidad "Concepción Palacios".

años 1990 y 1991. Pero específicamente en la MCP estas tasas son mucho más elevadas.

Se clasificaron como muertes maternas obstétricas directas 322 casos y 101 como indirectas, que representan el 76,1 % y 23,9 % del total, respectivamente. Las causas directas están representadas en el Cuadro 2, la sepsis ocupa el primer lugar con un 48,1 %, seguido por la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) (28,3 %) y hemorragia (17,4 %). La sepsis posaborto

fue la más frecuente con 106 casos que corresponden al 68,4 %, Cuadro 3. La eclampsia con 47 casos sólo superó por 3 a la preeclampsia con 44 casos como causa de muerte. En cuanto a la hemorragia, su principal origen fue la atonía uterina con 29 casos que corresponde al 51,7 %, Figura 2.

Cuadro 2

Distribución de frecuencia de muertes maternas por causas obstétricas directas

Causa Directa	Frecuencia	Porcentaje
Sepsis	155	48,1
H.I.E.	91	28,3
Hemorragia	56	17,4
Embolismo de líquido amniótico	9	2,8
Anestesia	7	2,2
Otros	4	1,2
Total	322	100

Cuadro 3

Distribución de frecuencia según origen de la sepsis

Sepsis	Frecuencia	Porcentaje
Posaborto	106	68,4
Poscesárea	23	14,8
Posparto	23	14,8
Otros	3	2,0
Total	155	100,0

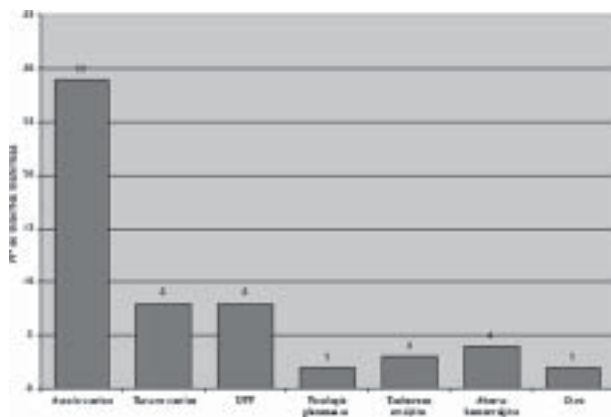


Figura 2. Distribución de frecuencia según etiología de la hemorragia.

El Cuadro 4 muestra algunos de los factores relacionados; el control prenatal no fue reportado en la historia en el 61 % de la muestra y 20,1 % se controló. El 52,7 % de las pacientes fueron referidas de otros centros hospitalarios, principalmente del Hospital Simón Bolívar de Ocumare del Tuy y Materno Infantil del Este, Cuadro 5. Procedían del Distrito Federal 58,1 % y de Miranda 36,7 %. La edad materna entre 25 - 29 años sobresalió con un 26 %, cuando hacemos la distribución de edad según clasificación de las muertes maternas, este mismo grupo despuntó, Figura 3.

Cuadro 4

Factores relacionados

	Control prenatal		Procedencia de pacientes		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Si	85	20	Distrito Federal	246	58,0
No	79	19			
Ignorado	259	61	Miranda	156	37,0
Total	423	100			
	Pacientes referidas		Aragua	7	1,7
	Frecuencia %		Guárico	7	1,7
Si	223	53	Bolívar	3	0,7
No	200	47	Amazonas	2	0,5
Total	423	100	Anzoátegui	2	0,5
			Total	423	100,0

Cuadro 5

Distribución de frecuencia según hospital de referencia

Hospital	Frecuencia	Porcentaje
Simón Bolívar	30	13,5
Materno del Este	26	11,7
Guarenas - Guatire	21	9,4
Privado	21	9,4
Vargas, la Guaira	18	8,1
Universitario	12	5,4
Vargas, Caracas	12	5,4
Lídice	8	3,6
Magallanes de Catia	6	2,7
Cruz Roja	7	3,1
Pérez Carreño	6	2,7
Coche	6	2,7
Algodonal	6	2,7
Otros	44	19,7
Total	223	100,0

MORTALIDAD MATERNA

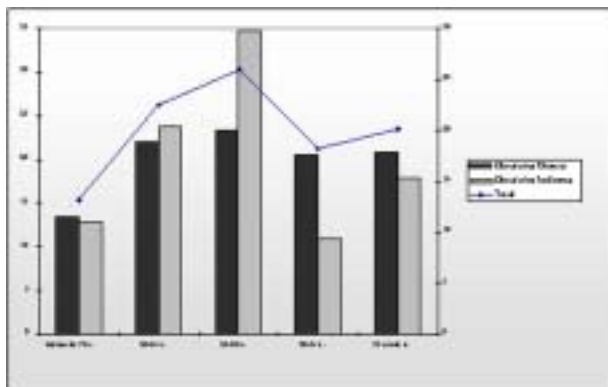


Figura 3. Distribución de frecuencia según edad y clasificación.

La situación obstétrica la mostramos en el Cuadro 6; según el número de gestaciones destacó el grupo con V o más (31 %); también fue el más frecuente cuando clasificamos las muertes en directas e indirectas. La forma de terminación del embarazo predominante fue parto vaginal (34,5 %) seguido por aborto (27,9 %) y cesárea (26,2 %), para las causas directas destacó la situación posaborto y en las indirectas posparto vaginal. El intervalo entre admisión y muerte fue mayor de 48 horas en 252 casos que representa el 59,5 % Cuadro 7, éste prevaleció para las muertes obstétricas directas e indirectas. El 40,4 % de las pacientes estuvo menos de 2 días de hospitalización y en la Figura 4 observamos que menos de 2 días es el grupo predominante para las muertes directas, pero en las muertes indirectas están casi iguales los porcentajes de menos de 2 días (31,7 %) y más de 11 días (30,7 %).

Cuadro 6
Situación obstétrica

Distribución porcentual según número de gestaciones			Forma de terminación del embarazo		
Número de gestas	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
I	87	20,6	Parto	146	34,5
II	83	19,6	Aborto	118	27,9
III	69	16,3	Cesárea	111	26,2
IV	46	10,9	Otro	48	11,4
V o más	133	31,0	Total	423	100,0
Ignorado	5	1,6			
Total	423	100,0			

Cuadro 7

Distribución según intervalo entre admisión y muerte

Intervalo	Frecuencia	%
Menos de 24 horas	125	29,6
24 - 48 horas	46	10,9
Más de 48 horas	252	59,5
Total	423	100,0

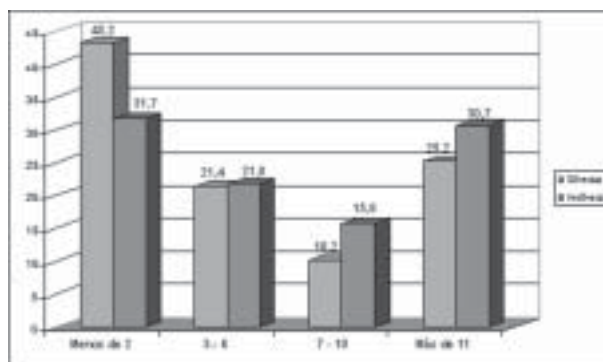


Figura 4. Distribución porcentual de los días de hospitalización y clasificación.

De las 423 muertes maternas se realizó autopsia en 286 casos que representa el 67,6 %, 71 casos autopsias forenses y 215 hospitalarias.

Se registraron 101 muertes maternas indirectas que corresponden al 23,9 % del total, las infecciones y las patologías cardiopulmonares sobresalieron. La neumonía por varicela (8 casos) y la tuberculosis (5 casos) fueron las causas infecciosas más frecuentes, Figura 5.

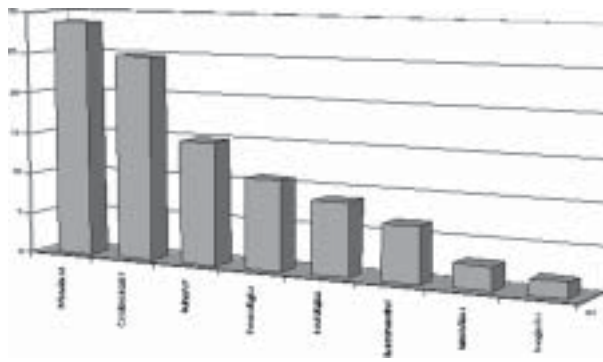


Figura 5. Distribución de frecuencia de las causas obstétricas indirectas.

DISCUSIÓN

La tasa de mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios" ha venido ascendiendo desde 1964 hasta 1981, Cuadro 8. Durante el lapso estudiado observamos un descenso al compararla con la registrada entre los años 1975 - 1981 (19). Pero es importante señalar que entre los años 1964 - 1972 (17) la TMM (125,3 por 100 000 NV) fue significativamente menor a la obtenida en nuestra revisión (162,2 por 100 000 NV) además de tener mayor cantidad de NV (41 572); en comparación con 26 075 NV durante el período de estudio, Cuadro 8.

La TMM en nuestra institución es alarmante, triplica a la del país y al Distrito Federal, y duplica la del Estado Miranda Figura 2, que no sólo maneja cifras altas, sino también conforma el asiento de los hospitales que más refirieron casos como el Hospital Simón Bolívar de Ocumare del Tuy.

En relación con otros centros de atención obstétrica durante un lapso de estudio parecido, Uzcátegui y col. obtuvieron una TMM de 80 por 100 000 NV en el Hospital General del Oeste de Caracas (22), Faneite y col. 105 MM por 100 000 NV en el Hospital "Prince Lara" de Puerto Cabello (23) y Molina Vilchez y col. 84,98 MM por 100 000 NV en el Hospital "Noriega Trigo" de Maracaibo (24). Nuestra cifra reportada es prácticamente el doble de las tasas antes mencionadas debido entre otras razones a que somos el hospital obstétrico con más nacidos vivos de Venezuela y centro de referencia nacional (52,7 % del total de casos), donde muchas veces las pacientes llegan en pésimas condiciones.

Según la OMS, la TMM de la MCP es alta, semejante a algunos hospitales de Haití, Honduras, Perú y México (25-28); en comparación con bajas tasas de mortalidad materna de hospitales de EE.UU (12,8 y 14,6 por 100 000 NV) (29,30). Países como EE.UU y Canadá manejan cifras de muertes maternas menores a 10 por 100 000 NV (4,31,32).

Nuestra investigación arroja que predominaron las muertes obstétricas de causa directa y por ende evitables, con un porcentaje de 76,1 y las de causa indirecta 23,9 %; para una TMM directa de 123,5 por 100 000 NV, menor a la obtenida en el lapso anterior de 1975 - 1981 (148,1 MM por 100 000 NV) (19) y mucho mayor a la reportada por Uzcátegui y col. (66,9 por 100 000 NV) (22) y Faneite y col. (95,2 por 100 000) (23) en el mismo período. Consideramos prudente no comparar algunos valores obtenidos, con los de otros autores venezolanos (33-

38) que no correspondan al mismo lapso, como lo sugiere Faneite y col. (23).

La principal causa directa de mortalidad materna que obtuvimos fue la sepsis (48,1 %) especialmente posaborto, este problema es tan grave que ya Agüero y col. desde 1966 señalaban: que venía en ascenso probablemente atribuido a inescrupulosas personas que trabajan en la clandestinidad (16). De modo que, en general todo lo que corresponde a la atención del aborto séptico en la MCP, es prioritario.

La segunda causa directa es la hipertensión inducida por el embarazo (28,3 %) seguida por la hemorragia (17,4 %). En relación al período anterior (1975 - 1981) en nuestro centro las tres causas principales persisten, con la diferencia que la HIE ocupaba el 3^{er} lugar y la hemorragia el 2^{do} (19). Cuando comparamos las causas principales de MM con la de otros hospitales nacionales observamos que la sepsis predomina y primordialmente posaborto como lo señala Uzcátegui y col. (22) y López y col. (38), en comparación con sepsis posparto reportado por Faneite y col. (23). La HIE y las hemorragias constituyen la 2^{da} y 3^{ra} causa de MM en el Hospital General del Oeste (22) al igual que en nuestro estudio, a diferencia del Hospital "Prince Lara" donde la HIE ocupa el 3^{er} lugar y las hemorragias el 2^{do} desde 1970 a 1991(23,38), luego entre los años 1992 - 2000 el orden es el siguiente: hemorragia, HIE y sepsis al 3^{er} lugar (39).

En países con altas tasas de mortalidad (> a 150 por 100 000 NV) como Trinidad y Tobago, Guatemala y Perú el aborto constituye la 1^a causa de muerte seguido por HIE y hemorragia, pero en Honduras y Bolivia han desplazado el aborto hasta el 3^{er} lugar (40). En el mundo desarrollado las principales causas directas son: hemorragia, tromboembolismo e HIE respectivamente (4,31,32). Estas diferencias entre los países del primer y tercer mundo en cuanto a las causas de MM como indicador de salud se debe a múltiples factores, no sólo planes integrales, controlados y oportunos de atención preventiva y curativa de la mujer embarazada. Sino políticas de estado dirigidas al orden social, político, cultural, económico, demográfico, del estado de salud y los niveles de atención.

Con respecto a algunos factores relacionados con las muertes maternas, observamos que el control prenatal no fue informado en el 61 % de los casos y refleja la calidad de la historia. Esto hace difícil el análisis, porque en lo reportado el 20 % se controló y el 19 % restante no. La falta de control prenatal es un problema que se repite en revisiones

nacionales e internacionales (2,6,7,33,35,36,41-43), cifras que reflejan el grado de educación sanitaria y la accesibilidad al servicio de salud.

El 58 % de las pacientes procedían del Distrito Federal donde está ubicada nuestra maternidad y como centro de referencia casi 50 % provenían de otros estados, principalmente Miranda (37 %), Aragua y Guárico. También se recibieron pacientes de estados mucho más alejados como Bolívar y Amazonas entre otros. El grupo de edad más afectado fue entre 25 - 29 años, en el período anterior Agüero y col. reportaron que predominó el grupo de 20 - 25 años (19), como también lo reseña Uzcátegui y col. (22), el alto porcentaje de muertes maternas que afectan principalmente a jóvenes embarazadas en Venezuela es aterrador, así como todas las consecuencias sobre el núcleo familiar, el resto de los hijos y la comunidad. Esta variable es una constante para naciones en vías de desarrollo como la nuestra, donde la pobreza, falta de educación sanitaria, escasos programas de planificación familiar y limitación en el acceso a centros de salud son algunos de los problemas (44,45). Esto comparado con aquellos países privilegiados con TMM bajas donde el grupo de edad más afectado son las mayores de 35 años como es lógico (por la susceptibilidad a ciertas enfermedades como hipertensión arterial crónica, HIE y diabetes), debería motivarnos a encarar una incansable lucha en contra de las muertes maternas en el sector que nos encontremos.

De acuerdo a la situación obstétrica predominó el grupo de las multigestas específicamente de V o más (31 %), al igual que lo señalan Agüero y col. (19) y Faneite y col. (23). La forma de terminación del embarazo más frecuente fue el parto vaginal (34,5 %) como en el Hospital "Prince Lara" en el mismo lapso (23), diferente a lo reportado para el período anterior (1975 - 1981) en la MCP donde se destacó el aborto (19). En cuanto al intervalo entre admisión y muerte predominó por escasa diferencia, el grupo de más de 48 horas (59,5 %), en comparación con otras revisiones donde predominó el grupo de menos de 48 horas (22,23,35). Cabe señalar que casi un 30 % de las pacientes fallecieron en menos de 24 horas lo que pudiere reflejar lo súbito de la muerte y las condiciones de algunos casos referidos; al igual como se observa que el 40,4 % de los casos permaneció menos de 2 días de hospitalización.

El porcentaje de autopsias maternas es el más alto registrado en Venezuela (67,6 %) en comparación con porcentajes que oscilan entre 5 % y 37 % (22,23,38,39), es más está por encima de lo reportado

en algunos hospitales de México (13 %) (46) o EE.UU (53,2 %) (30); esta información es la base para clasificar la muerte, establecer el tipo de responsabilidad y evitabilidad.

Conclusiones: -La Maternidad "Concepción Palacios" presentó una alta tasa de mortalidad materna durante el período 1982 - 1991, mayor que la de Venezuela y estados circundantes. -Predominaron las muertes obstétricas directas y su etiología fue: sepsis, hipertensión inducida por el embarazo y hemorragia, respectivamente. Lo que está íntimamente relacionado con la ineficacia del manejo preventivo y curativo.

Los indicadores de salud como mortalidad materna y perinatal reflejan la calidad de atención obstétrica de una población en cualquier país y por tanto está influida por muchos elementos que se inician en la condición socio-cultural, económica y demográfica de un grupo de personas y terminan con las políticas de estado, de los servicios de salud y por último las complicaciones de la gravidez; intervenir sobre este problema tan complejo está más allá de los objetivos que perseguimos los autores de esta revisión, de modo que nos limitaremos a recomendaciones en el nivel que nos encontramos: hospitalarias.

Debemos constituir un bloque participativo, integrado por personal médico, obreros, empleados y comunidad que se aboque a la discusión, divulgación y resolución de la problemática social, política y especialmente económica del hospital con la bandera en que la mortalidad materna y perinatal se puede disminuir con un adecuado control prenatal y atención obstétrica eficaz.

Generalizando, debemos emprender con entusiasmo la promoción de actividades asistenciales, docentes, de investigación y administrativas del plan estratégico preventivo nacional descrito por Faneite (47), siguiendo las directrices de organizaciones no gubernamentales mundiales, sociedades científicas nacionales e internacionales (1,2,6,48) y especialmente la recomendación presidencial del año 2000 que designó una comisión nacional para la prevención de muerte materna (39) con el propósito de retomar con ímpetu la integración del sistema de vigilancia epidemiológica y los comités de mortalidad materna (8,49) para establecer conclusiones y sugerencias dirigidas a disminuir tan alta tasa.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Leonor Zapata por haberme “motivado” en la realización de esta investigación, por sus aportes en la revisión y por su empeño en la publicación.

Al Dr. José Terán por sus revisiones.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Revised 1990 estimates of maternal mortality, a new approach by WHO y UNICEF. Washington: Edit WHO, 1996.
2. Royston E, Armstrong S. Preventing maternal deaths. Washington. Edit WHO. 1991.
3. Graham W. The scandal of the century. *B J Obstet Gynaecol.* 1998;15:376-379.
4. Beng C, Atrash H, Koonin C, Tucker M. Pregnancy-Related Mortality in the United States, 1987-1990. *Obstet Gynecol.* 1996;88:161-167.
5. Wittman K, Murphi S, King JF, Yuen B, Shaw D, Wittman A. Maternal mortality in British Columbia in 1971-1986. *Can Med Assoc J.* 1988;139:37-40.
6. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Washington: Edit OPS, 1990.
7. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. Washington: Edit OPS, 1996.
8. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Comités para el Estudio de la Mortalidad Materna. Caracas: Edic. OMS-OPS. 1996.
9. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Washington: Edit OMS, 1995.
10. Gil E, Castaño C. Mortalidad Materna y Factores de Riesgo. Washington: Edit OPS, 1992.
11. García J, Furlanetto L, Fernández M, Molina-Vílchez R. Subregistro de mortalidad materna en el Municipio Maracaibo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2000;60:175-178.
12. Trejo C. Mortalidad materna. Evolución de su estudio en México en los últimos 25 años. *Ginec Obstet Mex.* 1997;65:317-325.
13. Agüero O, Sánchez M, Torres J. Historia de la Maternidad Concepción Palacios. Caracas: Edit Tipog Lux, 1963.
14. Villarroel D. Mortalidad materna por cesárea en la Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1945;5:232-239.
15. Sanchez M, Aurrecochea J, Torres JI. Mortalidad materna en Caracas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1955;15:21-94.
16. Agüero O, Torres JI. Tendencias de la Mortalidad Materna en la Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1966;26:505-520.
17. Agüero O, Torres JI, Kizer S. Mortalidad Materna en la Maternidad Concepción Palacios. *Ginecol Obstet Mex.* 1974;35:509-519.
18. Agüero O, Torres JI. Mortalidad materna en la Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1977;37:361-366.
19. Agüero O, Torres JI. Mortalidad Materna en la Maternidad Concepción Palacios. 1975-1981. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1985;46:92-97.
20. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Report on the activity of the Committee on Maternal Mortality. *Int J Gynecol Obstet.* 1967;5:302-305.
21. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. *Williams Obstetrics.* 20ª edición. Londres: Prentice-Hall Internacional INC; 1993.
22. Uzcátegui O, Centanni L, Armas R. Mortalidad materna: 1981 - 94. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1995;55:89-92.
23. Faneite P, Valderrama I. Mortalidad Materna. 1982 - 91. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1992;52:193-196.
24. Molina Vilchez R, Barbosa R, Urdaneta B, Salazar G. Mortalidad materna en el Hospital Manuel Noriega Trigo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1995;55:217-221.
25. Vásquez J. Mortalidad materna 1991 - 1999. Hospital Regional de Loreto. *Ginecol Obstet Perú.* 2000;46:240-244.
26. Távara L, Sacsá D, Frisancho O, Urquiza R, Carrasco N, Tavera M. Estado actual de la mortalidad materna en los hospitales del Perú. *Ginecol Obstet Perú.* 1999;45:38-42.
27. Gaviño G, Barragán C, Ahued A. Mortalidad materna durante 25 años en el Hospital Regional “20 de Noviembre”, ISSSTE. *Ginec Obstet Mex.* 1987;55:196-199.
28. Ruiz J. Mortalidad materna en el Hospital Central Militar. Informe de 25 años: 1968-1992. *Ginec Obstet Mex.* 1995;63:452-459.
29. Jucums S, Berg C, Entman S, Mitchell E. Postdelivery mortality in Tennessee, 1989-1991. *Obstet Gynecol.* 1998;91:766-770.
30. Jacob S, Bloebaum L, Shah G, Varner M. Maternal mortality in Utah. *Obstet Gynecol.* 1998;91:187-191.
31. Atrash H, Koonin L, Lawson H, Franks A, Smith J. Maternal mortality in the United States, 1979-1986. *Obstet Gynecol.* 1990;76:1055-1060.
32. Steinberg W. Maternal Mortality. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 1989;1:137-146.
33. Suárez R. Mortalidad maternal en Maracaibo. (1962-1967). *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1971;3:364-372.
34. Briceño I. Mortalidad materna en el Hospital Central de Valera. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1975;35:305-309.
35. Salazar J. Mortalidad materna en el Hospital Central Luis Razzetti, Barcelona. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1976;36:121-130.
36. Regardiz R. Mortalidad materna en el Hospital Manuel Núñez Tovar. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1977;37:37-42.

MORTALIDAD MATERNA

37. Uzcátegui O, Silva D. Mortalidad materna en el Hospital José Gregorio Hernández. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1981;41:233-236.
38. López J, Bracho C. Mortalidad materna en el Servicio de Obstetricia del Hospital Adolfo Prince Lara. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1985;45:37-46.
39. Faneite P, Stanieri M. Mortalidad materna directa. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 1992-2000. *Obstet Ginecol Venez.* 2001;61:89-94.
40. Acosta A, Cabezas E, Chaparro J. Present and future of maternal mortality in Latin America. *Int J Gynecol Obstet.* 2000;70:125-131.
41. Silva M, Petit G. Mortalidad Materna. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1982;42:95-98.
42. Lairer O, Paz L, Lairer M. Mortalidad materna en el Hospital Central Portuguesa de Acarigua-Araure 1970-1984. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1986;46:33-36.
43. Suárez D. Mortalidad materna en el Hospital "Dr. Adolfo D'Empaire de Cabimas, Edo. Zulia durante los años 1988.1995. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1997;57:177-180.
44. Díaz A. Venezuela país rico con una población pobre. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1994;54:179-182.
45. Faneite P. Salud reproductiva obstétrica II. Tendencias 1969-1996. Mortalidad materna y perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1997;57:151-156.
46. Angulo-Vásquez J, Ornelas J, Rodríguez E, Iñigo C, Torres L. *Ginec Obst Mex.* 1999;67:419-424.
47. Faneite P. Mortalidad materna y perinatal: tragedias prevenibles. *Salus.* 2000;4:46-55.
48. Donnay F. Maternal survival in developing countries: What has been done, what can be achieved in the next decade. *Int J Gynecol Obstet.* 2000;70:89-97.
49. Molina R, Fernández G. Los comités de estudio de la mortalidad materna en Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1995;55:237-241.

Correspondencia: Julio Brito H. Dirección: calle Rufino Blanco Bombona, edificio Don Alberto, planta baja, Colinas de Santa Mónica. Teléfono: 6629892, 04143325982. Mail: juliobrito2000@cantv.net

La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela informa que la siguiente obra de Publicaciones McGraw-Hill se encuentra disponible en nuestra Biblioteca.

BEREK, GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA PRÁCTICA

Autor: Cunningham

1600 páginas

21 X 27,5

EDICION 22

Tapa Dura

2006

I.S.B.N: 970-10-5482-2

- Incluye actualizaciones de los miembros de las Maternal Fetal Medicine Units Networks
- Incluye nuevas ilustraciones de anatomía y fisiología pélvicas
- Se actualizó el tema de la placenta y sus anormalidades
- En el terreno de la anestesia en obstetricia los cambios fueron notables ya que se aportaron conocimientos esclarecedores sobre la enfermedad trofoblástica gestacional, y se cuenta también con la valiosa ayuda en la revisión del tema del embarazo ectópico
- Dirigido a residentes de obstetricia, obstetras, médicos generales y estudiantes de medicina.