

Mortalidad materna en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) 1974-2005

Drs. Germán Chacón, Nazira Monsalve

Adjuntos al Departamento de Obstetricia y Ginecología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida, Venezuela

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las tasas de mortalidad materna, causas, tendencias, factores obstétricos y de atención de salud relacionados para plantear alternativas dirigidas al logro de una atención obstétrica más efectiva.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, epidemiológico y analítico de las muertes maternas ocurridas durante el período de 1974-2005, en el cual hubo 178 muertes maternas y 183 288 nacidos vivos.

Ambiente: Departamento de Obstetricia y Ginecología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Resultados: La tasa de mortalidad materna global fue de 97,11 por 100 000 nacidos vivos. Las principales causas de muerte fueron: trastornos hipertensivos del embarazo 39,60 %, hemorragia 32,22 % e infecciones de punto de partida ginecológico en 26,17 %. Entre los factores epidemiológicos, la procedencia del medio rural (57,87 %) y la edad materna entre 25-39 años (46,7 %) representaron el mayor porcentaje. Desde el punto de vista obstétrico destacó el número de gestaciones ≥ 3 embarazos (44,95 %); edad de embarazo ≥ 37 semanas (32,02 %); muerte en estado poscesárea (44,94 %). El lapso de ingreso al hospital hasta la muerte fue menor de 24 horas en el 50,59 %, y mayor de 48 horas en un 30,33 %. Se realizó autopsia sólo al 36,52 %.

Conclusión: Las tasas permanecen elevadas con tendencia a mantenerse altas, con predominio de los trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias como principales causas; lo que implica que se debe implementar una amplia estrategia en prevención dirigida a disminuir las muertes maternas.

Palabras clave: Mortalidad materna. Tasas. Tendencias.

SUMMARY

Objective: To evaluate the maternal mortality rates, causes, trends, obstetrical and health care factors related to establish alternatives directed to the profit of a more effective obstetric attention.

Method: Descriptive, retrospective, epidemiological, and analytical study of the maternal deaths occurred during 1974-2005, in which there were 178 been born maternal deaths and 183,288 alive ones.

Setting: Department of Obstetrics and Gynecology at Autonomous Institute Autonomous Hospital University of The Andes.

Results: The global maternal mortality rate during the period studied was of 97.11 per living newborn. The main causes of death were pregnancy hypertensive disorders 39.60 %, hemorrhage 32.22 % and infections of gynecological origin in 26.17 %. From the epidemiological factors, the rural area origin (57.87 %) and maternal age between 25-39 years old (46.7 %) represented the higher percentage. Since the obstetrical point of view, prevailed the number of gestations ≥ 3 pregnancies (44.9 %); gestational age ≥ 37 weeks (32.02 %); death post cesarean section (44.94 %). The lapse between admission to the hospital until death was less than 24 hours in 50.59 %, and higher than 48 hours in 30.33 %. Autopsy was performed only in 36.52 %.

Conclusions: The rates remain high with tendency to stay high, predominance of the hypertensive upheavals of the pregnancy and the hemorrhages like main causes; what implies that should be implemented an ample strategy in prevention directed to diminishing the maternal deaths.

Key words: Maternal mortality. Rates. Trends.

INTRODUCCIÓN

El impacto médico, social y familiar que tiene el fallecimiento de una mujer, casi siempre sana, en la etapa más productiva de su vida, como consecuencia del proceso de la reproducción, ha sido la motivación primaria para que el estudio de mortalidad materna (MM) se considere, en el mundo, desde hace muchos años, como uno de los indicadores más adecuados para evaluar la calidad en la prestación de servicios de salud en su forma más integral (1).

Por otro lado, el estudio de la mortalidad materna permite observar uno de los componentes más importantes de la dinámica poblacional y debe entenderse como la resultante de la interacción de factores biológicos, sociales y ambientales que, de manera negativa y parcial, expresa el estado de salud de una comunidad cuyo mejoramiento es el objetivo social indiscutible de todas las instituciones. En este orden de ideas, la forma más eficiente para dar soporte a las políticas, estrategias, programas y acciones orientadas a la protección de la mujer embarazada y su hijo es resultado del análisis, objetivo y cuidadoso, de los componentes que intervienen directa o indirectamente en la muerte materna (2).

En muchas ocasiones, las estadísticas oficiales no revelan la magnitud del problema, en determinados países, se estima que las tasas de mortalidad materna pueden ser entre un 25 %-80 % superiores a las cifras comunicadas por la OMS y FIGO (3).

En los países en desarrollo la mortalidad materna permanece desproporcionadamente alta.

- A diario mueren 1 600 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Es decir 585 000 mujeres, como mínimo, mueren anualmente y más de 50 millones sufren de complicaciones asociadas a la gestación.
- Los trastornos de la salud reproductiva representan más del 30 % de la carga global 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 el parto. Alrededor de 300 millones de mujeres, más de un cuarto de todas las mujeres adultas, sufren a corto o largo plazo enfermedades ocasionadas por el proceso reproductivo.

Según la OMS cada minuto

- 1 mujer muere
- 100 mujeres sufren de complicaciones

relacionadas con el embarazo

- 200 adquieren alguna enfermedad de transmisión sexual
- 300 conciben sin desear o planear su embarazo (4).

Estimulados por esta cruel realidad decidimos realizar un estudio, cuyo objetivo es evaluar las tasas de mortalidad materna, causas, tendencias, factores obstétricos y de atención de salud relacionados en nuestra institución, para plantear alternativas dirigidas al logro de una atención obstétrica más efectiva. La muerte o discapacidad de una madre puede sumir más profundamente en la pobreza y la desesperación a las familias pobres. Los hijos sobrevivientes corren un riesgo mayor de morir dentro de los dos primeros años de vida comparados con aquellos con padres vivos. La pérdida puede repercutir en toda la comunidad (5).

La tragedia en todos estos casos de defunción es que se pueden evitar. 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 (6,7).

MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, epidemiológico, analítico, de todas las muertes maternas ocurridas en el Hospital Universitario de los Andes durante el período 1974-2005.

Se adoptaron las definiciones de muerte materna de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CID-10).

La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (8).

Defunciones obstétricas directas

“Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas”.

Defunciones obstétricas indirectas

“Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas

MORTALIDAD MATERNA

obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo”.

También se contemplan las defunciones maternas no obstétricas como aquellas que resultan de causas accidentales o incidentales no relacionadas de modo alguno con el embarazo.

Para el cálculo de la mortalidad materna se utiliza la tasa de la mortalidad materna. Se consideró en la base de datos, historia clínica, edad, procedencia, número de gestaciones, tipo de muerte materna, causa básica de muerte, fecha de ingreso, fecha de fallecimiento, traslados, intervenciones, término de la gestación, edad gestacional, período de ocurrencia de la muerte, realización de autopsia.

Las causas fueron estudiadas en base a la clasificación internacional de la OMS de causas directas e indirectas y no relacionadas.

La tasa de mortalidad materna se calculó como el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos (razón de mortalidad materna).

RESULTADOS

En el Hospital Universitario de Los Andes, durante el período estudiado (1974-2005), se registraron 178 muertes maternas y 183 288 nacidos vivos; obteniéndose una tasa global de mortalidad materna de 97,11 por 100 000 nacidos vivos (ver Cuadro 1).

Al analizar las tasas de MM por cada año se observa una fluctuación marcada. Debido a la irregularidad que presenta la tasa de MM durante el lapso estudiado es difícil observar la tendencia general de la MM por lo que se procedió a suavizar la línea mediante el cálculo de los promedios móviles, observándose una tendencia hacia el ascenso mantenida hasta 1999 (Figura 1).

Para la determinación del comportamiento en el período estudiado se calculó la variación media anual con un incremento promedio de 8,30 muertes maternas por cada año estudiado, la variación porcentual del lapso mostró un incremento en la tasa de mortalidad materna de 15,18 % durante el período (Figura 1).

Al analizar la edad de las pacientes observamos que no hubo variaciones importantes con respecto a los grupos etarios, concentrándose el mayor porcentaje, 56,74 % de las pacientes en las edades de 20 a 34 años (Cuadro 2).

Considerando la terminación del embarazo, el mayor porcentaje, 44,94 % de los casos (80 casos) culminó en cesárea (Cuadro 3).

Queda claro el hecho de que las muertes obstétricas directas conforman el mayor porcentaje representando un 83,70 % de todas las muertes maternas (149 casos) (Cuadro 4).

Los trastornos hipertensivos del embarazo fueron la principal causa de muerte directa representando un 39,60 % (59 casos), seguidas por la hemorragia en 32,22 % (48 casos) y la sepsis de punto de partida obstétrico en 26,17 % (39 casos) (Cuadro 5).

Las causas indirectas representaron el 16,30 % (29 casos), de este porcentaje la infección del SNC representó el 31,03 % (9 casos) (Cuadro 6).

Cuadro 1

Mortalidad materna por año
Tasa x 100 000 nacidos vivos

Años	MM	Nacidos vivos	Tasa
1974	4	4 101	97,5
1975	4	4 393	91,1
1976	5	5 175	96,6
1977	6	4 904	122,3
1978	6	5 202	115,2
1979	5	5 669	88,2
1980	6	5 803	103,4
1981	3	5 456	56,9
1982	5	5 867	85,2
1983	5	6 092	82,1
1984	5	6 052	82,6
1985	4	6 362	62,9
1986	4	6 544	61,2
1987	3	6 491	46,4
1988	6	6 603	90,8
1989	4	6 952	57,5
1990	5	6 769	73,9
1991	4	6 705	59,7
1992	7	5 015	139,6
1993	2	5 128	39,0
1994	7	6 448	108,6
1995	4	6 466	61,9
1996	10	5 842	171,2
1997	8	5 184	154,3
1998	9	5 504	163,5
1999	4	5 345	74,83
2000	8	5 316	150,48
2001	6	5 589	107,35
2002	7	5 845	119,76
2003	8	5 343	149,73
2004	7	5 572	143,57
2005	7	5 551	126,10
Total	178	183 288	97,11

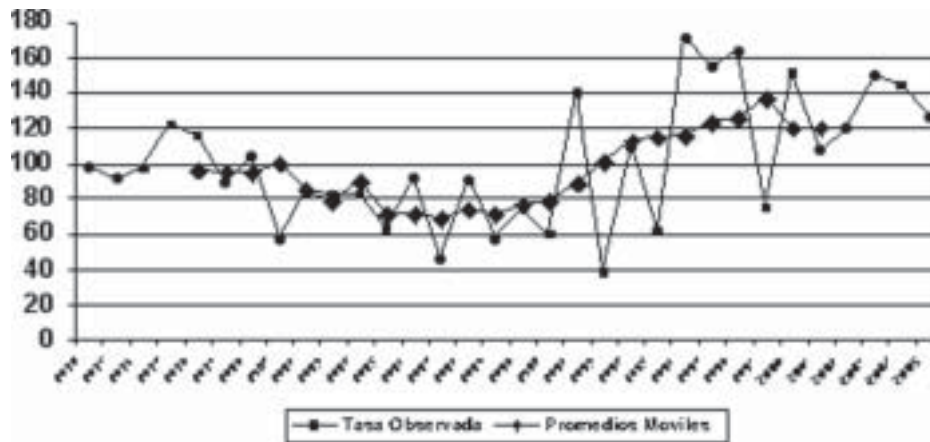


Figura 1. Tendencias de la mortalidad materna.

Cuadro 2

Distribución de la mortalidad materna por grupos etarios

Edad	Nº de muertes	%
- 20 años	34	19,10
20-24 años	29	16,29
25-29 años	35	19,66
30-34 años	37	20,79
35-39 años	29	16,29
40-44 años	12	6,75
45 y + años	2	1,12
Total	178	100

Cuadro 4

Distribución de la mortalidad materna según clasificación

Causas	Nº de casos	%
Directas	149	83,70
Indirectas	29	16,30
Total	178	100

Cuadro 3

Distribución de la mortalidad materna según culminación del embarazo

Culminación del embarazo	Nº de casos	%
Aborto	29	16,30
Emb. ectópico	1	0,56
Parto	45	25,28
Cesárea	80	44,94
Feto <i>in útero</i>	23	12,92
Total	178	100

Cuadro 5

Distribución de la mortalidad materna directa según causas

Causas	Nº de casos	%
Infección	39	26,17
Hemorragias	48	32,22
Trastornos hipertensivos del embarazo	59	39,60
Embolia de líq. amniótico	2	1,34
Coriocarcinoma	1	0,67
Total	149	100

MORTALIDAD MATERNA

Cuadro 6

Distribución de la mortalidad materna indirecta según causas

Causas	Nº de casos	%
Sepsis de punto de partida no ginecológico	6	20,68
Infección SNC	9	31,03
Cardiopatías	5	17,24
Neoplasias	4	13,80
Int. etílica	1	3,45
IRC	1	3,45
ACV	1	3,45
Pancreatitis necrotizante	1	3,45
Total	29	100

El tiempo de permanencia hospitalaria hasta la ocurrencia de la muerte de la paciente fue menor de 24 horas en el 50,59 % y mayor de 48 horas en el 30,33 % (Cuadro 7).

Se realizó autopsias en un 36,52 % de los casos, quedando el mayor porcentaje sin la realización de la misma (113 casos).

Cuadro 7

Distribución de la mortalidad materna según tiempo de permanencia hospitalaria

Horas	Nº de casos	%
Menos de 12 h	55	30,89
12-24 h	35	19,70
25-48 h	27	15,17
+ de 48 horas	54	30,33
Ignorado	7	3,90
Total	178	100

DISCUSIÓN

La reducción de la mortalidad materna depende de un sistema basado en la existencia de establecimientos de salud que funcione de manera efectiva. La pérdida de la vida de una mujer en el parto es, en última instancia, el mayor fracaso del sistema de salud. Este fracaso, que se repite a razón de uno por minuto en el mundo en desarrollo, causa irrevocables

pérdidas y viola el derecho de la mujer a la vida (9).

En el estudio el mayor número de muertes maternas ocurrió en el año 1996 con una tasa de 171,2 por 100 000 nacidos vivos, la tendencia es a mantenerse elevada.

Obtuvimos la mayor frecuencia de muertes en el grupo etario de 26 a 30 años coincidiendo con Faneite y col. (11) y Sosa (12). Cifras parecidas tiene Uzcátegui y col. (10). Resultados preocupantes que ubican el problema entre la población femenina joven en edad reproductiva y productiva.

La mayoría de las pacientes (57,87 %) provenía del medio rural y un 39,3 % del medio urbano. Se evidenció mayor frecuencia (57 %) de fallecidas que cursaban el tercer trimestre de gestación en concordancia con Faneite y col. (11) y Sosa (12).

Respecto a la causa de muerte secundaria a complicaciones del embarazo, parto y puerperio, la mortalidad obstétrica directa alcanzó 83,70 %, al igual que la OMS (13) y Sosa (12). En las indirectas reportamos 16,30 %, cifras parecidas tiene otro autor (12) con 18 %.

Su discriminación por causa de muerte señala que los trastornos hipertensivos del embarazo ocupan el primer lugar con 39,6 %, seguida de las hemorragias en un 32,22 %, infecciones 26,17 %, coincidiendo con la OPS (14).

Un 30,89 % de las pacientes falleció en las primeras 12 horas de ingreso al hospital, lo que coincide con Donnay (15) mientras Faneite (16) suma 49,9 %.

El 65,76 % de las pacientes permaneció hospitalizada menos de dos días antes de fallecer. En el mismo lapso Faneite y col. (16) tiene una sumatoria del 63,65 %. Se realizó autopsia en el 36,52 % de los casos coincidiendo con Sosa (12) que da un porcentaje del 31,8 %, resultados más bajos reportados por otros (11) del 21,05 %; con cifras más preocupantes cita este último autor en otra publicación (16) del 16 %.

La revisión del material necesario para el estudio evidencia notables fallas, fundamentalmente en el llenado de las historias clínicas, no siempre debido a las malas condiciones de la paciente al ingresar. Existieron diferencias entre el total de nacidos vivos reportados por epidemiología y el Departamento de historias médicas.

Tradicionalmente, se ha considerado que el embarazo y el parto son procesos fisiológicos naturales que deberían desarrollarse sin problemas para la madre y el producto. Sin embargo, tanto uno como el otro pueden presentar complicaciones graves

que ocasionan morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre, el feto o el recién nacido (17).

La mortalidad materna en nuestro hospital es alta con tendencia a mantenerse elevada; no ha tenido cambios con el transcurrir de los años a pesar de los avances médicos y tecnológicos que ha experimentado la obstetricia.

Las causas directas siguen representando el mayor porcentaje; por su alto contenido de evitabilidad se pueden disminuir con intervenciones oportunas y relativamente sencillas, de bajo costo.

Entre los factores vinculados con las complicaciones del embarazo y el parto se pueden distinguir dos tipos: uno de origen endógeno, relacionado con las condiciones biológicas de la madre; y un componente exógeno, que depende en gran medida de factores asociados a condiciones del medio ambiente social y de la calidad, acceso, oportunidad y tipo de atención médica recibida.

Con frecuencia en las unidades hospitalarias las complicaciones durante el embarazo y el parto están basadas en las condiciones biológicas y no se incluyen factores relacionados con la atención profesional o con la capacidad resolutive de éstas. La calidad de la atención médica durante e inmediatamente después del período del trabajo de parto y del parto, es la más simple e importante intervención para prevenir la morbimortalidad materna y del recién nacido. Por ello, mejorar la calidad de la atención es una necesidad que se acrecienta en nuestro medio, no sólo en los centros de alta especialidad médica y tecnológica, como es el tercer nivel de atención, sino también en el primer y segundo nivel, pues otorgan servicios a la mayor parte de la población.

Considerando que cada unidad hospitalaria debe conocer su desempeño en la prestación de los servicios otorgados, son necesarios estudios que permitan conocer lo que ocurre en los diversos contextos para diseñar y desarrollar intervenciones específicas de acuerdo a sus condiciones (18).

Al analizar las causas de mortalidad materna en nuestro hospital podemos concluir que es necesario desarrollar intervenciones eficaces, para identificar los riesgos del embarazo que permitan otorgar una atención adecuada a la madre y al recién nacido, y así prevenir de manera oportuna las complicaciones durante la gestación actuando de forma inmediata de presentarse alguna de las mismas.

Debemos orientar las acciones hacia el logro de los siguientes objetivos:

- Mejorar la cobertura y calidad de la consulta prenatal.
- Mejorar la calidad de la atención al parto.
- Implantar la atención integral en los ambulatorios.
- Aumentar la capacidad resolutive en los ambulatorios.
- Fortalecimiento de los servicios de planificación familiar.
- Aplicar normas para la buena práctica médica con supervisión en los servicios.
- Promover la referencia oportuna de los casos complicados.

De acuerdo con las proyecciones, de no instrumentar estrategias efectivas para la reducción de la mortalidad materna, ésta continuará su curso natural, hecho que nos debe hacer reflexionar, pues la mortalidad materna se reducirá sólo en la medida en que se mejore la calidad de vida, la salud de la población venezolana; ejerciéndose el derecho a una maternidad y paternidad sana, responsable y sin riesgo (19).

Concluimos haciendo las siguientes recomendaciones:

1. Mejorar el sistema de captación y la calidad de atención a la gestante teniendo en cuenta el enfoque de riesgo.
2. Enfocar la vigilancia epidemiológica no sólo a la mortalidad sino a los factores de riesgo que la condicionan.
3. Desarrollar en el programa de planificación familiar los componentes sobre educación sexual y educación a la adolescente con el fin de disminuir las muertes y complicaciones por aborto.
4. Impulsar los comités permanentes de mortalidad materna en cada uno de los núcleos de atención, con la participación de otras instituciones de salud.
5. Desarrollar talleres de capacitación para personal médico sobre certificación médica, causas de muerte, unificación de clasificación de causa básica de muerte, manejo de códigos y uso de las estadísticas de mortalidad.
6. Continuar con la vigilancia epidemiológica de las muertes maternas de forma prospectiva para facilitar la toma de decisiones y acciones a corto plazo.
7. Favorecer la práctica de la autopsia académica, y en aquellos casos que no sea posible aplicar las autopsias verbales.
8. Investigar la calidad y sobrevivencia de los hijos de las fallecidas como demostración del impacto

social que se produce con las muertes de las madres.

REFERENCIAS

1. Karchmer KS, Armas J, Chavez J, Shor V. Estudios de mortalidad materna en México. Consideraciones médico sociales. *Gac Méd Mex*. 1975;109:33-69.
2. Aguirre H. La ética y la calidad de la atención médica. *Cir Cituj*. 2002;70(1):44-49.
3. Fathalla M, Rosenfield A. Mortalidad Materna. *Salud Reproductiva. Aspectos globales. (FIGO, Manual de Reproducción Humana)*. Barcelona: Edika Med SL; 1990;3(5):85-104.
4. WHO, World Health Organization, *World Health Statistics Annual*, Geneva, 1989.
5. OMS (2004). *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*. Ginebra: OMS.
6. UNICEF. *El progreso de las naciones*. Nueva York, 1996.
7. Organización Mundial de la Salud. *Revised 1990. Estimates de mortality. A new approach by WHO and UNICEF*. Ginebra, 1996.
8. OPS/OMS. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. 10ª. Revisión. Volumen 2. Washington, 1996.
9. UNFPA. *Mortalidad Materna – Actualización 2004 El parto en buenas manos*.
10. Uzcátegui O, Centanni L, Armas R. Mortalidad Materna: 1981 – 1994. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1995;55:89-92.
11. Faneite P, Starnieri M. Mortalidad Materna Directa. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” 1992-2000. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2001;61:89-94.
12. Sosa M. *Mortalidad Materna*. IAHULA. 1991 – 1994. Mérida, 2005.
13. OMS/UNFPA/UNICEF/Banco Mundial. *Reducción de la Mortalidad Materna. Declaración Conjunta*. Ginebra 1999.
14. Organización Panamericana de la Salud: *Venezuela: Perfiles básicos de salud de países. Resúmenes*. 1999.
15. 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.
16. Faneite P, García F. Mortalidad Materna. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”: 2001-2004. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2005;65(3):123-127.
17. Pavón P, et al. *Complicaciones obstétricas en un Hospital de Ginecología y Obstetricia*. Instituto de Ciencias de la Salud. Instituto de Psicología y Educación. Universidad Veracruzana. 2004;3(1).
18. Osorno-Covarrubias L. *Incidencia, mortalidad y letalidad por síndrome de dificultad respiratoria moderado y grave en el Centro Médico Nacional “El Fénix”, Mérida (1990-1994)*. *Bol Med Infant Méx*. 1996;53(12):616-622.
19. *República Bolivariana de Venezuela - Gabinete Social Cumpliendo las metas del milenio*. Primera Edición. 2004.

Dr. Germán Chacón
IAHULA
gerchavi@cantv.net

La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela informa que la siguiente obra de Editorial Médica Panamericana se encuentra disponible en nuestra Biblioteca.

Cirugía Ginecológica por vía vaginal

Cosson / Querleu / Dargent

- La cirugía por vía vaginal requiere de aprendizaje y experiencia; de allí el gran valor de esta obra, práctica y didáctica, que se transformará en un manual de referencia de las técnicas de cirugía vaginal con resultados comprobados.
- Sus numerosos recuadros indican al lector los trucos y habilidades necesarias, así como también los errores que deben evitarse.
- Más de 100 dibujos explicativos y cerca de 230 fotos quirúrgicas a color ilustran los capítulos e identifican en forma clara los tiempos operatorios.
- Luego del desarrollo de los aspectos quirúrgicos generales, detalla las intervenciones y técnicas en función de las patologías: histerectomía simple, asistencia laparoscópica, oncología, prolapso, incontinencia urinaria y, además diagnóstico y tratamiento de las complicaciones operatorias y posoperatorias. La última parte, redactada por el doctor Dargent, aporta una visión crítica y constructiva sobre las perspectivas de esta técnica.