

Mortalidad materna en Ciego de Ávila **Maternal mortality in Ciego de Ávila**

Nely Rosa Benítez Arias(1), Alberto de Armas Abrante (2), Angel Alberto de Armas Puentes (3)

Resumen

Se realiza un análisis estadístico del comportamiento de la mortalidad materna en la provincia de Ciego de Avila en el período comprendido de 1981-2001. Analizamos el número de muertes maternas en los diferentes años que comprende este estudio, donde se incluyen las causas directas e indirectas y reflejamos las causas de las mismas. Entre los principales resultados encontramos que en el 1992 fue la tasa más alta con 6 fallecidas para 9,9. La causa más frecuente de muerte materna fue debida a los trastornos hemorrágicos y la tasa materna acumulada fue de 2,8 por 10,000 n.v .

Palabra Clave: MUERTE MATERNA

- 1.- Especialista de Primer Grado en Ginecobstetricia. Profesor Asistente.
- 2.- Especialista de Segundo Grado en Ginecobstetricia. Profesor Instructor.
- 3.- Residente de Ginecobstetricia Tercer Año.

INTRODUCCION

El control y análisis de la morbilidad resulta la forma más acertada y precisa para evaluar el nivel de salud de cualquier grupo humano y en la actualidad adquiere gran importancia, pues sustituye al de la mortalidad como indicador de la situación sanitaria de la población. (1)

Durante los 20 años de estudio en nuestra provincia hubo 113648 nacidos vivos ocurriendo 11 defunciones por causa indirecta para una tasa de 0,9 x 10.000 n.v y 32 de causa directa para una tasa de 2,8 por 10.000 n.v. Estas tasas son similares a las del país y en los países desarrollados fluctúan entre 0,3% y 0,5% (2).

Existe gran diferencia entre los países desarrollados y subdesarrollados y las tasas varían de acuerdo con esto. Cuba después del triunfo de la Revolución ha tenido un descenso de la tasa de mortalidad materna, llegando a estar alrededor de 3,0 x 10.000 n.v, (variando de 3,0 a 3,6 aproximadamente) estas tasas son envidiadas por muchos países, sin embargo el sistema nacional de salud pretende mantenerse a la altura de países desarrollados y por encima de otros con mayores posibilidades económicas. Esto sin lugar a dudas constituye un problema que repercutiría en conductas y orientaciones del MINSAP y del PAMI, esperando mejorar cada vez más estos indicadores en beneficio de la mujer.

Esto nos ha motivado a realizar este trabajo ya que la mortalidad materna constituye un indicador muy fidedigno del estado de salud de la población, mostrando el grado y calidad de la atención que se le brinda y; como ha sido su comportamiento en nuestra provincia durante los 20 años del estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo en la provincia de Ciego de Avila en el período comprendido entre el primero de enero de 1981 al 31 de diciembre del 2001 acerca de las 32 muertes maternas directas y 11 indirectas.

Revisamos las tasas de muertes maternas según los nacidos vivos por datos estadísticos que se encuentran en la provincia de Ciego de Ávila, historias clínicas y el resultado de los informes anatomopatológicos y describimos la incidencia de estas tasas, las causas de muertes y la frecuencia según los grupos de edades, haciendo comentarios al respecto y elaborando las conclusiones pertinentes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Tabla No. 1 la tasa más alta de mortalidad materna directa fue en el año 1992 con 6 fallecidas (9,9), encontramos que en el año 2000 hubo 4 defunciones de causa directa para una tasa de 7,5 y una muerte de causa indirecta para 1,9. Existieron 3 causas de muerte directa en el año 1982, 1985 y en el 2001 para tasas de 5,5, 4,2 y 6,0 respectivamente, no así coincide con el número de muertes indirectas que fue de 1 en el año 1982 con tasa de 1,8 y de 2 en el año 1985 (2,8) y en el año 2001 no ocurrió muerte indirecta.

En los años 1984, 1988, 1989, 1993 y 1999 se aportan el número de dos muertes maternas directas con 3,7, 2,9, 2,9, 3,6 y 3,8 respectivamente y en 1981, 1982, 1983, 1984, 1988, 1991, 1992, 1994 y en el año 2000 hubo una sola causa de muerte indirecta con tasas de 2,2, 1,8, 1,8, 1,8, 1,5, 1,5, 1,6, 1,9 y 1,9 respectivamente.

En los años 1981, 1983, 1986, 1987 y 1998, no ocurrieron muertes maternas directas y en los años 1986, 1987, 1989, 1990, 1993, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999 y 2001 no se produjeron muertes indirectas.

En cuanto a las causas de muerte materna directa (Tabla No.2), la atonía uterina resultó la complicación más frecuente (25 %). Existen medidas para disminuirla como evitar inducciones innecesarias con uso excesivo de oxitócicos, los trabajos de parto demorados, no realizar maniobras intempestivas en el alumbramiento, que no queden restos ovulares, administración de oxitócicos en úteros sobredistendidos, tratar con extremo cuidado pacientes con trastornos sistémicos, Ej. Anemia severa, obesidad, trombocitopatías, lupus eritematoso sistémico, etc , y vigilar estrechamente las multíparas en las que se presenten separaciones prematuras parciales de la placenta y placenta previa. La atonía es responsable del 50% de las hemorragias post parto y en ella de no tomarse las medidas oportunas como la histerectomía y ligadura de las hipogástricas, pudiera comprometerse la vida de la paciente (3).

Le sigue en orden de frecuencia el embarazo ectópico complicado con 18,75 %. Esta entidad puede provocar la muerte por lo que hay que actuar sobre los factores de riesgo como son las inflamaciones pélvicas sobre todo aquellas que se producen por Clamidias o Neiseria Gonorrhoeae, las pacientes con operaciones de trompas para buscar fertilidad, embarazo ectópico anterior, fumadoras, tomadoras de anticonceptivos orales, las que tienen DIU y las que se han sometido a técnicas de reproducción asistida, y lograr que se hagan los diagnósticos precoces de esta entidad (4).

Otro número importante de casos lo aportó la enfermedad hipertensiva gravídica donde esta pudiera aparecer con una de sus formas clínicas:

- La hipertensión inducida por el embarazo:

. Hipertensión sola sin proteinuria, ni edema patológico.

. Preeclampsia: con proteinuria, edemas patológicos o ambas

. Eclampsia: con proteinuria y edemas patológicos o ambas. En este estudio hubo cuatro muertes por eclampsia para un 12,50 %.

- Puede ser una hipertensión coincidente, teniendo una incidencia esta hipertensión de 1.5 % en mujeres embarazadas.
- Puede ser hipertensión agravada por el embarazo con preeclampsia, eclampsia sobreimpuesta y en esta clasificación se produjeron cinco muertes para un 15.62 %. Una de ellas correspondió al Síndrome de Hellps. O puede ser una hipertensión transitoria que no va aparejada a la mortalidad que incluye este estudio. (5)

Las complicaciones que pudiera tener fundamentalmente esta entidad estaría a nivel de varios órganos y sistemas por ejemplo las neurológicas como el AVE, que el más frecuente es el hemorrágico, síndrome convulsivo, desprendimiento de retina, las cardiovasculares como las lesiones miocárdicas, insuficiencia cardíaca, crisis hipertensivas, en las respiratorias, broncoaspiración con el síndrome de Menderson, neumonías hipostáticas o agudas secundarias a procederes producto de estas mismas complicaciones y en las hepáticas el Síndrome de Hellps que cursa con hemólisis, trastornos plaquetarios y enzimas hepáticas elevadas. Pero lo más importante de esta entidad es actuar oportunamente sobre aquellas pacientes con terreno de riesgo para desarrollar la enfermedad (6).

La sepsis continúa en orden de menos incidencia reportándose tres casos (9.38 %), donde la sepsis se localizó a nivel de útero inicialmente conllevando a histerectomía total abdominal y cuya evolución no fue favorable, provocando la muerte de las pacientes. Igual número de casos tuvo el embolismo de líquido amniótico, donde las muertes fueron súbitas y se diagnosticaron por la clínica y anatomopatológicamente. La incidencia de esta entidad oscila entre 1 X 8000 hasta 1 X 37000 falleciendo de este grupo el 80 % y cerca del 40 % las muertes son súbitas como en nuestros casos (4).

La rotura uterina tiene un 6.25 %, una de ellas se produjo espontáneamente en el trabajo de parto y la otra por el uso no adecuado de oxitocina.

Se produjo la muerte en una paciente a la cual se le diagnosticó un hematoma retroplacentario (3.12) que estableció trastornos severos de la coagulación.

En la Tabla No. 3 vemos que, en las muertes por causas indirectas, ocuparon el primer lugar las cardiopatías con un número de cuatro (36.36 %), de ellas dos por valvulopatías reumáticas (18.18 %), otra por miocardiopatía dilatada (9.09 %) y una miocardiopatía congénita (9.09 %). A pesar del avance en el tratamiento de las cardiopatías congénitas y la prevención de las cardiopatías reumáticas (luego de acceso agudo de fiebre reumática), las cardiopatías continúan siendo una de las complicaciones médicas más importante del embarazo (es la causa más común de mortalidad materna en Estados Unidos y otros países desarrollados).

La mortalidad materna global entre las cardiopatías es de alrededor de 3 % y está en relación con la capacidad funcional. Si está presente la hipertensión pulmonar puede ser de un valor elevado entre el 30 y 50 %, también lo es para la miocardiopatía gravídica puerperal, entidad específica del embarazo que tiene una alta mortalidad.(7)

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas que con más frecuencia se asocia al embarazo. Durante el medio siglo del descubrimiento de la insulina se ha reducido ampliamente la mortalidad materna por diabetes, excepto en los raros casos de complicaciones cardiovasculares severas.

Las causas de muerte materna en mujeres diabéticas incluyen:

- 1.- Infarto del miocardio.

2.- Accidentes cerebrovasculares secundarios a aterosclerosis arterial cerebral o enfermedad vascular hipertensiva con o sin preeclampsia superpuesta.

3.- Insuficiencia renal crónica con o sin síndrome nefrótico.

4.- El síndrome de pulmón de shock.

5.- Sepsis severa incluyendo riñones, heridas quirúrgicas y endometrio. Esta es considerada la principal causa de muerte. (8)

Existe en la actualidad un programa de cuidado preconcepcional y la atención especializada de un equipo multidisciplinario para disminuir la morbimortalidad de esta entidad.

A pesar de ser tan frecuente la asociación al embarazo existió una sola muerte indirecta por esto (9.09 %) debido a una insuficiencia renal crónica

En relación con de las anemias no dependientes de la gestación las más frecuentes son las hemolíticas y dentro de ellas la sicklemia.

La morbimortalidad materna de esta entidad se refleja en el aumento de la incidencia durante el embarazo de anemia severa, crisis depreanocíticas con necrosis óseas dolorosas, embolia de la médula ósea, neumonía e infarto pulmonar, insuficiencia cardíaca congestiva, hemorragia cerebral, crisis hiperhemolítica, infecciones recurrentes y toxemias preeclámpticas. (9)

La crisis hiperhemolítica. fue la causa de la muerte en la paciente sicklémica (9,09%)

La epilepsia rara vez cuando se diagnostica y trata antes del embarazo representa un motivo para terminar el embarazo y es una patología relativamente común. Cuando ocurre por primera vez en la gestación hay que descartar un síncope, hiperventilación, reacciones histéricas, enfermedad cerebral fatal y más adelante en el embarazo la eclampsia. Cuando lleva varios años sin convulsiones debe suspenderse el tratamiento anticonvulsivante por existir un 10% de riesgo de malformación fetal.

En este caso nuestra paciente falleció por un status convulsivo 9,9% (8)

La paciente que padecía de una púrpura trombocitopénica ideopática murió por una coagulación intravascular diseminada (9,09%); así incidieron con igual número de muertes maternas la bronconeumonía y la meningoencefalitis bacteriana.

En cuanto a la edad, Tabla No. 4 hubo más muertes maternas en el grupo de 21 a 25 años, siguiéndole el grupo de 26 a 30 años, todo parece indicar que es el rango en que la mujer está en edad reproductiva.

La tasa acumulada de causa directa (Tabla No. 5) es de 2.8 x 10.000 n.v. y de causa indirecta de 0.9 x 10,000 n.v.

De todo lo anterior se resume que las enfermedades que complican el embarazo requieren la intervención del obstetra, el internista, el cirujano, el anestesista y con frecuencia otras especialidades. Como la embarazada no es inmune a otras enfermedades, los obstetras deben tener un conocimiento operativo de las enfermedades comunes que pueden afectar a las mujeres en edad fértil, así mismo los especialistas no obstetras deben estar familiarizados con los efectos de estas enfermedades y actuar de manera conjunta para evitar las muertes maternas.

CONCLUSIONES

Hubo un elevado número de fallecidas por atonía uterina y embarazo ectópico roto, la hemorragia constituyó la causa principal. La enfermedad hipertensiva gravídica y la eclampsia convulsiva ocuparon el segundo lugar; llama la atención que mujeres por encima de los 35 años acumularon 6 defunciones;

a pesar de existir consultas de riesgo preconcepcional donde se le orienta a las pacientes que a estas edades no existe idoneidad para el embarazo.

Recomendaciones

Debe continuar cumpliéndose los procedimientos ginecobstétricos y orientaciones metodológicas del PAMI y MINSAP, sobre todo en las patologías que más incidieron en las defunciones de nuestra provincia.

ABSTRACT

An estadistical of the maternal deaths behaviors in the Ciego de Avila Provincia was performed between the period of 1981 to 2001. The total of maternal deaths in those year were analise we included the indirect and direct cases and their causes. Among the main results we found. -An 1992 had the higher rate with 6 diseases for a 9,9. -The most frequent cause of maternal deaths was the hemorrhagic problems and the gathered maternal rate was 2,8x10.000 born alive.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud pública. Dirección nacional materno Infantil. Definición, clasificación y defunciones relacionadas con el embarazo. La Habana: MINSAP. 2000.
2. Ciego de Avila . Dirección Sectorial de Salud. Informe Estadístico sobre la mortalidad materna en la provincia Ciego de Avila. 2001.
3. Cherny WB. Complicaciones del tercero y cuarto estadios del parto. En: Iffy L, Kaminestzky HA. Obstetricia y perinatología. Principios y práctica .T.2. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1986. p. 1319-1366.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997.p-153-158 , 261-283,294-304,402405.
5. Cunnighan FG, Mac Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. Complicaciones médicas y quirúrgicas del embarazo. En: Williams eds. Obstetric 20 ed. Norwalk: Conn Appleton and Lange; 1998.p.973.
6. Cifuentes R. Hipertensión arterial y embarazo . La Habana: Eitorial Científico Técnica; 1994.
7. Malkasian GD , Noller K, L Aaro LA, Joyce JW. Complicaciones médicas diversas. En :Iffy L, Kaminestzky HA. Obstetricia y perinatología. Principios y practicas. t.2. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1986. P.1319-1366.
8. Josimovich John B. Trastornos Endocrinos en el Embarazo. En: Iffy L, Kaminestzky HA. Obstetricia y perinatología. Principios y prácticas. t.2. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1986.p. 1431-1460. L, Kaminestzky HA. Obstetricia y perinatología. Principios y practicas. t.2. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana;
9. Mc Phee SJ, Bell WR. Anemia en el Embarazo. En: Iffy L, Kaminestzky HA. Obstetricia y perinatología. Principios y prácticas. t.2. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1986.p.1300-1318. En: Iffy L, Kaminestzky HA. Obstetricia y perinatología. Principios y prácticas. t.2. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1986.p.

Otras Bibliografías Revisadas:

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Medidas que deben ser controladas de forma sistemática con el objetivo de disminuir la tasa de muerte materna en Cuba. La Habana: MINSAP; 1998.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Orientaciones metodológicas del MINSAP y PAMI en la difusión de muerte materna directa e indirecta y de secuelas de causas obstétricas directas. La Habana: MINSAP; 1999.

3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional Obstetricia y Ginecología. Taller Nacional para la prevención de las muertes maternas. La Habana: MINSAP; 1996.

ANEXOS

Tabla No. 1: Tasa de Mortalidad

Años	No de Nacimientos	Directa		Indirecta	
		No	tasa	No	tasa
1981	4550	0	0.0	1	2.2
1982	5445	3	5.5	1	1.8
1983	5442	0	0.0	1	1.8
1984	5458	2	3.7	1	1.8
1985	7112	3	4.2	2	2.8
1986	5547	0	0.0	0	0.0
1987	6109	0	0.0	0	0.0
1988	6710	2	2.9	1	1.5
1989	6718	2	2.9	0	0.0
1990	7242	1	1.4	0	0.0
1991	6549	1	1.5	1	1.5
1992	6043	6	9.9	1	1.6
1993	5587	2	3.6	0	0.0
1994	5071	1	1.9	1	1.9
1995	5102	1	1.9	0	0.0
1996	4903	1	2.0	0	0.0
1997	5300	1	1.9	0	0.0
1998	5193	0	0.0	0	0.0
1999	5230	2	3.8	0	0.0
2000	5337	4	7.5	1	1.9
2001	4967	3	6.0	0	0.0
TOTAL	119615	32	2.8	11	0.9

TABLA No 2 Causas de muertes directas.

Patología	No de casos	%
1. Atonia uterina	8	25.00
<input type="checkbox"/> Embarazo ectópico roto	6	18.75
<input type="checkbox"/> Enfermedad hipertensiva	5	15.62
<input type="checkbox"/> Eclampsia convulsiva	4	12.50
<input type="checkbox"/> Sepsis	3	9.38
<input type="checkbox"/> Tromboembolismo de líquido amniótico	3	9.38
<input type="checkbox"/> Rotura uterina	2	6.25
<input type="checkbox"/> Hematoma Retroplacentario	1	3.12
TOTAL	32	100.00

TABLA NO. 3: Causas de muertes indirectas.

Patología	No de casos	%
Cardiopatías	4	36.36
Valvulopatía Reumática	2	18.18
Miocardopatía Dilatada	1	9.09
Miocardopatía Congénita	1	9.09
Diabetes	1	9.09
Sickleimia	1	9.09
Epilepsia	1	9.09
Hipotiroidismo	1	9.09
PTI	1	9.09
Bronconeumonía	1	9.09
Meningoencefalitis Bacteriana	1	9.09
TOTAL	11	100.00

TABLA NO. 4

Grupo de Edades	Defunciones
16 – 20 años	4
21 –25 años	9
26 –30 años	8
31 – 35 años	5
+ de 35 años	6

TABLA NO. 5 Tasa acumuladas en las muertes de causas directas e indirectas.

	Muerte Directa	Muerte Indirecta
Nacidos Vivos	113,648	113,648
Fallecidos	32	11
Tasa Acumulada	2,8 x 10,000 nv	0,9 x 10,000 nv