

Facultad de Ciencias Médicas Filial Bayamo Provincia Granma

COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD MATERNA EN GRANMA DURANTE 10 AÑOS (1987-1996)

*Dra. Ángela Vázquez Márquez,¹ Dr. Carlos Guerra Verdecia,² Dr. César E. Sánchez Alarcón,³
Dra Francisca de la Cruz Chávez⁴ y Dr. Ángel M. Almirall Chávez⁴*

RESUMEN: Se exponen los resultados de un estudio retrospectivo de las 54 muertes maternas directas ocurridas en la provincia Granma, en un período de 10 años, que comprende desde el 1ro. de enero de 1987 hasta el 31 de diciembre de 1996. La tasa de defunciones maternas en la provincia en estos años fue de 3,9. En el segundo quinquenio disminuyó de 4,2 a 3,5. La más elevada fue en 1995 (6,8) y la más baja en 1996 (1,8). Río Cauto (10,1), Niquero (9,4), Cauto Cristo (8,3) y Jiguaní (6,3) reportaron las tasas más altas. Las causas de muerte más frecuentes: cesárea, aborto, sepsis y otras causas; el 12,9 % eran adolescentes. Por hemorragia predominaron el trauma obstétrico, el embarazo ectópico y la atonía uterina. Las sepsis fueron por aborto y posparto. La toxemia, la anestesia, la hemorragia y en menor número la infección complicaron las cesáreas. Los resultados se compararon con otros autores.

Descriptores DeCS: **MORTALIDAD MATERNA; TASA DE MORTALIDAD; CAUSA DE MUERTE.**

La magnitud de la mortalidad materna es un reflejo del riesgo promedio de morir que corre una mujer cada vez que queda embarazada, y constituye un indicador fidedigno del estado de salud de la población, así como del grado y calidad de la atención que se brinda.^{1,2}

La mortalidad materna ocurre sobre todo en la población más pobre, desposeída, carente de medios económicos, educación y asistencia médica.

Una muerte materna afecta directamente la estabilidad familiar, de los miembros de la comunidad que han tenido relación con

¹ Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Asistente. Jefe del Departamento de Especialización de la filial de Ciencias Médicas. Bayamo.

² Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Instructor. Vicedirector de la Maternidad del Hospital Provincial Docente "Carlos M. de Céspedes". Bayamo.

³ Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

ella, así como la certeza de que cuando son numerosas constituyen un problema de Salud Pública de posibles consecuencias negativas para la nación y la población en general, sobre todo si se tiene en cuenta que un número de ellas son prevenibles.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que la mortalidad materna es alrededor de 15 % más alta en los países en desarrollo (450 defunciones por 100 000 nacidos vivos) que en países desarrollados. Esto significa que prácticamente en todos los primeros, incluyendo América Latina, la mortalidad materna representa una tragedia que aún no recibe toda la atención que requiere.⁴

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentó en su XXIII Conferencia de 1990, la aparición del Plan Regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas, con un conjunto de resoluciones destinadas a apoyar este proceso, entre cuyos objetivos se encontraba establecer un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la muerte materna y de esta forma poder reducir la agobiante deuda social contraída con las mujeres de esta región.⁵

Cualquier esfuerzo por reducir la mortalidad materna, deberá considerar prioritario cubrir la demanda no satisfecha de servicios de regulación de la fecundidad que en algunos países y grupos sociales es alta, previniendo además los embarazos no deseados.⁶

En Cuba se ha logrado una marcada disminución de muertes maternas en los últimos años y esto se debe fundamentalmente a que existe un control adecuado de las embarazadas y el parto es institucional con alta calificación de todo el personal de las maternidades.

Teniendo en cuenta la repercusión social y profesional que conlleva una muerte materna, nos decidimos a realizar este tra-

bajo para conocer el comportamiento de la mortalidad materna en la provincia en los últimos 10 años y de esta forma adoptar medidas encaminadas a evitarlos.

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de las 54 muertes maternas directas ocurridas en la Provincia Granma, en un período de 10 años, que comprende desde el 1º de enero de 1987 hasta el 31 de diciembre de 1996.

Para la recolección de los datos se confeccionó un formulario que incluía diferentes variables, las cuales se obtuvieron del libro de registro de las muertes maternas y los nacimientos en el Departamento de Estadística de la Dirección Sectorial Provincial de Salud Pública, clasificadas según lo establecido en la resolución ministerial No. 57 de 1987.

Los resultados obtenidos se procesaron de forma normal mediante el método de los palotes y ayudados por una calculadora CASIO HL-805 se hallaron los porcentajes. Las tasas fueron calculadas según la fórmula establecida:

$$\text{Tasa de mortalidad} = \frac{\# \text{ de defunciones maternas directas} \times 10\,000}{\# \text{ de nacidos vivos}}$$

Estos resultados se muestran en las tablas 1-7, lo cual permitió hacer comparaciones con otros autores y llegar a conclusiones.

Resultados

En la tabla 1 se muestran las defunciones y tasas de la provincia por años y ob-

servamos la más elevada en 1995 de 6,8, seguido de 1990 con 5,5.

En 1987 y 1991 fue de 5,4. El mejor resultado fue en 1996 con 1,8 x 10 000 nacidos vivos. La tasa del primer quinquenio (87-91) fue de 4,2 y en el segundo (92-96) disminuyó a 3,5 x 10 000 nacidos vivos. La tasa de la provincia en estos 10 años resultó de 3,9.

TABLA 1. Defunciones y tasa provincial por años

Años	No.	Tasa
1987	8	5,4
1988	4	2,6
1989	4	2,5
1990	9	5,5
1991	8	5,4
1992	3	2,4
1993	3	2,4
1994	5	4,1
1995	8	6,8
1996	2	1,8

En la tabla 2 se observan las defunciones y tasas de los municipios en los 10 años estudiados. Las más altas corresponden a

los municipios Río Cauto (10,1), Niquero (9,4), Cauto Cristo (8,3) y Jiguaní (6,3), el resto se encuentran por debajo de 5. La más baja fue Pilón con 1,7.

TABLA 2. Defunciones y tasa por municipios. 1987-1996

Municipios	Defunciones	Tasa
B. Masó	4	3,9
Bayamo	8	2,4
B. Arriba	2	3,7
Campechuela	2	2,3
Cauto Cristo	3	8,3
Guisa	2	2,2
Jiguaní	6	6,3
Manzanillo	5	2,2
Media Luna	3	4,7
Niquero	7	9,4
Pilón	1	1,7
Río Cauto	8	10,1
Yara	3	3,0

Cuando se analizaron las causas de muerte por años en la tabla 3, se encontró un predominio de las cesáreas (25,7 %); el aborto, la sepsis y otras causas se comportaron en el 14,7 % respectivamente, seguido de los traumatismos con el 12,9 %.

TABLA 3. Causas de muerte por años

Año	Aborto		Hemo- rragia		Toxemia		Trauma		Sepsis		Anestesia*		Cesárea		Otras		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1987	2	3,7	1	1,8	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8	1	1,8	3	5,6	8	14,7
1988	2	3,7	-	-	-	-	-	-	2	3,7	-	-	-	-	-	-	4	7,5
1989	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8	1	1,8	1	1,8	-	-	4	7,5
1990	2	3,7	1	1,8	-	-	1	1,8	1	1,8	1	1,8	4	7,5	-	-	9	16,7
1991	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8	-	-	2	3,7	4	7,5	2	3,7	8	14,7
1992	-	-	1	1,8	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	3	5,6
1993	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8	-	-	3	5,6
1994	1	1,8	1	1,8	1	1,8	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8	-	-	5	9,3
1995	-	-	-	-	1	1,8	2	3,7	2	3,7	-	-	2	3,7	1	1,8	8	14,7
1996	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8	2	3,7
Total	8	14,7	6	11,1	3	5,6	7	12,9	8	14,7	5	9,3	14	25,7	8	14,7	54	100,0

* No se suman por estar comprendidas dentro de las cesáreas.

El mayor número de defunciones ocurrió en 1990 para el 16,7 % seguido de 1987, 1991 y 1995 con el 14,7 % cada año.

Relacionado con la edad, vemos en la tabla 4 que los grupos más frecuentes fueron e 20-24 años con el 31,5 % y de 25-29 años con el 27,7 %.

TABLA 4. Grupos de edades

Edad (años)	No.	%
menor de 20	7	12,9
20 - 24	17	31,5
25 - 29	15	27,7
30 - 34	11	20,4
35 y más	4	7,5
Total	54	100

Las adolescentes ocuparon el 12,9 % y las de 35 años y más el 7,5 %. Las fallecidas por pérdida masiva de sangre se reflejan en la tabla 5, donde predominaron los traumatismos con el 12,9 %, el embarazo ectópico con 11,1 % y el 9,3 % corresponde a la atonía uterina.

TABLA 5. Fallecidas por pérdida masiva de sangre

Causa	No.	%
Traumatismos	7	12,9
Embarazo ectópico	6	11,1
Atonía uterina	5	9,3
Cesárea	2	3,7
Aborto	1	1,8
Síndrome de feto muerto	1	1,8

En la tabla 6 se observan las causas del fallecimiento por sepsis que fueron por: aborto (14,8 %), parto (12,9 %) y cesárea (3,7 %).

TABLA 6. Fallecidas por sepsis

Causas	No.	%
Aborto	8	14,7
Puerperio	7	12,9
Cesárea	2	3,7

Al analizar los factores que complicaron las cesáreas, vemos en la tabla 7 que ocupó el primer lugar la toxemia con el 11,1 %, vemos de causa anestésica al 9,3 % la hemorragia con el 5,6 % y el 3,7 % fueron por sepsis.

TABLA 7. Factores que complican la cesárea

Causas	No.	%
Toxemia	6	11,1
Anestésica	5	9,3
Hemorragia	3	5,6
Sepsis	2	3,7

Discusión

A pesar de la inestabilidad que ha mantenido la tasa de muerte materna en la provincia en estos 10 años, existe una tendencia a disminuir dicho indicador, debido a los recursos que el estado dedica a la salud pública, fundamentalmente al programa materno infantil, para de esta forma reducir la tasa de mortalidad materna en el país. Hubo una reducción de este indicador en el segundo quinquenio de 4,2 a 3,5.

En un estudio realizado en Matanzas⁷ en el período de 1986- 1993, reportaron una tasa de muerte materna de 2,5 x 10 000 nacidos vivos.

En Malasia⁸ se realizó un estudio de todas las muertes maternas directas ocurridas durante 10 años y reportan una tasa de 74 x 100 000.

En Nigeria⁹ consideran la mortalidad materna como un serio problema de salud y

se han encontrado tasas entre 600-700x x 100 000 y en una zona de Sur Africa¹⁰ fue de 171 x 100 000.

En Francia¹¹ la tasa fue de 9,4 x 100 000 en el período de 1988-1990 y reportan que en Inglaterra fue de 7,4 x 100 000. Un estudio del Japón¹² en 1995, refleja que la mortalidad materna de su país se compara con la de los países desarrollados, pero se mantiene alta y se hace necesario crear hospitales maternos de emergencia que brinden una atención terciaria.

En el Hospital Central Militar de México¹³ se produjeron 122 defunciones maternas en un período de 25 años, de 1968-1991, obteniendo una tasa de 181,7 x 100 000. El mayor peso de la mortalidad se localizó en las áreas de atracción Bayamo. En este período existieron municipios como Cauto Cristo y Río Cauto, que no estaban cubiertos por médicos de familia, que de todos es conocido el importante papel que estos desempeñan en el control del riesgo preconcepcional y la atención profiláctica que le brindan a las embarazadas.

Las tasas de los municipios con zonas en el Plan Turquino, están por debajo de la media provincial y creemos puede estar relacionado con la atención priorizada a estas zonas.

Las primeras causas de muerte materna encontradas en este trabajo fueron: cesáreas, aborto, sepsis y otras.

El mayor número de fallecidas por cesáreas se produjeron en el quinquenio 87-91 con el 18,6 % y en el quinquenio 92-96 sólo se registraron 4 para el 7,3 %. Consideramos que estos resultados son producto del trabajo que se viene desarrollando con el comité de cesárea.

La segunda causa de muerte fueron las complicaciones relacionadas con el aborto, que en el primer quinquenio fue de 12,9 % y en el segundo de 1,8 %. Esto puede estar

determinado por el cumplimiento de las orientaciones metodológicas relacionadas con la interrupción del embarazo.

En el grupo de otras causas predominaron los embarazos ectópicos con un total de 6 casos.

*Cabezas Cruz*¹⁴ en su trabajo señala que el 26,4 % de las muertes maternas fueron cesáreas.

De acuerdo con la edad predominaron los grupos de 20-24 años y 25-29 años, por ser el período de mayor fertilidad.

Es significativo que el 12,9 % fueron adolescentes, ya que desde el punto de vista biológico no se encuentran aptas para la maternidad, por lo que se considera existieron dificultades en el control del riesgo preconcepcional.

En Turkía¹⁵ se realizó un trabajo con 70 muertes maternas y se detectó que los grupos de edades que predominaron fueron de 25-29 años y de 30-34 años.

Las primeras causas de fallecidas por pérdida masiva de sangre fueron: traumatismos, embarazo ectópico y atonía uterina.

De los 7 casos reportados por traumatismos, 5 fueron rotura uterina en el trabajo de parto, lo que refleja un seguimiento inadecuado.

Un aspecto importante del embarazo ectópico es su alta letalidad, pues constituye del 5-12 % de las causas de muerte materna en Cuba y en el mundo. Este aumento en su incidencia puede ser atribuible a una mayor frecuencia de inflamaciones pélvicas, provocadas por enfermedades de transmisión sexual, abortos y dispositivos intrauterino entre otros.¹⁶

Si se tiene en cuenta la cantidad de legrados, partos y cesáreas que se realizan en cada centro hospitalario, nos podemos percatar del riesgo de morir por sepsis que tienen estas pacientes, por lo que se debe incrementar el cumplimiento de las normas

de higiene y de todos los programas que ayuden a su reducción.

En este trabajo se ponen en evidencia dificultades con el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad hipertensiva del embarazo, tanto en la atención primaria como secundaria.

Continúa siendo un problema las defunciones por pérdida masiva de sangre,

asociado con una pobre valoración ante una gestante candidata a sangrar.

Los trastornos hipertensivos durante la gestación, junto con las infecciones y las hemorragias constituyen la tríada de complicaciones más frecuentes de morbilidad, tanto materna como perinatal.^{8,17}

SUMMARY: The results of a retrospective study of 54 direct maternal deaths occurred in Granma province in a period of ten years, from January last, 1987 to December, 31st, 1996, are shown. The rate of maternal deaths in this province during these years was of 3.9. During the second five-year period, it decreased from 4.2 to 3.5. The highest was reported in 1995 (6.8) and the lowest in 1996 (1.8). Río Cauto (10.1), Niquero (9.4), Cauto Cristo (8.3) and Jiguaní (6.3) had the highest rates. The most common causes of death were: cesarean section, abortion, sepsis, and others. 12.9 % of the dead were adolescents. Obstetric trauma, ectopic pregnancy and uterine atony were the main causes of hemorrhage. Sepsis were the result of abortion and postpartum. Toxemia, anesthesia, hemorrhage and in a less extent infection complicated the cesarean sections. The results were compared with those obtained by other authors.

Subject headings: **MATERNAL MORTALITY; MORTALITY RATE; CAUSE OF DEATH.**

Referencias bibliográficas

1. Rendon L, Langer A, Hernández B. Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina. *Rev Cubana Salud Pub* 1995;21(1):27-35.
2. Rigol Ricardo O. Mortalidad materna. En: *Obstetricia y Ginecología. Patología obstétrica*. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1984;t2:166-9.
3. Cabeza Cruz E. Mortalidad materna. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1993;19(2):75-7.
4. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna: ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. *Cron OMS* 1986;40:195-205.
5. OPS/OMS. Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. Roca viva, 1990.
6. Organización Panamericana de la Salud. La mortalidad materna en las Américas. *Bol Epidemiol* 1993;14(1):1-9.
7. Hernández Cabrera J, Ulloa Gómez C, Martín Ojeda V, Castellano Castillo J, Linares Meléndez R, Suárez Ojeda R. Repercusión de la enfermedad hipertensiva gravídica en los indicadores de morbilidad perinatal y materna 1986-1993. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1996;zz(1):34-44.
8. Abdullah A, Mahomood JH, Adeeb N. Maternal mortality rate in the obstetric unit of university Kebangsaan Malaysia: 1981-1990. *J Obstet Gynecol* 1995;21(3):299-303.
9. Vangeenderhuysen C, Baños JP, Mahaman T. Mortaliternille vitable in milieu urbain Miamey (Niger) *Sante* 1995;5(1):49-54.
10. Spies CA, Bam RH, Cronj HS, Schoon MG, Wiid M, Niemanol J. Maternal deaths in bloemfotein, South Africa. 1986-1992. *S Afr Med* 1995;85(8):753-5.
11. Salonave B, Bouvier-Colle MH. Mortaliternille et structure des naissances: une explication possible de la surmortalitern en France. *Rev Epidemiol Sante Publiq* 1995;43(4):301-7.
12. Honda H, Ishii A. The changes of maternal deaths in Japan. *J Perinatal Med* 1995;23(4):273-7.
13. Ruiz Moreno JA. Mortalidad materna en el Hospital Central Militar. Informe de 25 años. 1968-1992. *Ginecol Obstet Mex* 1995;63:452-9.

14. Cabeza Cruz E. La operación cesárea en Cuba. Rev Cubana Obstet Ginecol 1989;15(4):266-75.
15. Tuncer RA, Erkaya S, Sipaki T, Kutlar I. Maternal mortality in a maternity hospital in Turkey. Acta Obstet Gynecol Scand 1995;74(8):604-6.
16. Rodríguez Hidalgo N. Embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol 1995;21(1-2):3-7.
17. Cabeza Cruz E. Vigilancia epidemiológica de la muerte materna. Rev Cubana Obstet Ginecol 1993;19(2):78-92.

Recibido: 19 de mayo de 1997. Aprobado: 13 de abril de 1998.

Dra. **Angela Vázquez Márquez**. Departamento de Especialización de la Filial de Ciencias Médicas, Bayamo, Granma, Cuba.