

Problemática de la muerte materna en Villa Clara

Problem related to mother death in Villa Clara province

MSc. Dr. Juan Antonio Suárez González, MSc. Dr. Mario Gutiérrez Machado, MSc. Dra. Belkis Cecilia Lorenzo González

Hospital Docente Ginecobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara. Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna (MM) como "la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación".

Objetivo: caracterizar la problemática de las muertes maternas (MM) ocurridas en la provincia de Villa Clara en un decenio.

Métodos: estudio observacional, descriptivo retrospectivo de las MM ocurridas de enero del 2001 a diciembre del 2010 en la provincia de Villa Clara, Cuba.

Resultados: las defunciones maternas en la provincia ha sido estables oscilando entre 1 y 5 MM anuales durante el decenio, en 2004 y 2010 no se registraron MM. El total de MM directas e indirectas resultó en 22 en relación con las 533 reportadas en todo el país. La edad más representada fue los 36 años (4 MM, 16,6 %). En las adolescentes como grupo riesgo se produjeron dos muertes 8,3 % y 8 mujeres mayores de 35 años, 36,8 %. Entre ambos grupos de edades se produjo el 45,1 % de los fallecimientos. Entre las principales causas los trastornos hemorrágicos 6, como causa fundamental de MM directa, y las afecciones cardiovasculares 6, que son las principales afecciones que inciden en el territorio, seguidos del embolismo de líquido amniótico, el embarazo ectópico y la enfermedad tromboembólica.

Conclusiones: en el decenio en estudio se ha mantenido una estabilidad en la incidencia de MM en el territorio y en 2 de esos años no se reportó ninguna. Las causas de muerte fueron: la hemorragia y las afecciones cardiovasculares, así como otras asociadas al embarazo.

Palabras clave: muerte materna, causas.

ABSTRACT

Introduction: the World Health Organization (WHO) defines the mother mortality (MM) as "the death of a woman during its pregnancy, delivery or within the 42 days after its termination".

Objective: to characterize the problem of the MM occurred in the Villa Clara province in a decade.

Methods: A retrospective, descriptive and observational study was conducted on the MMs occurred from January, 2001 to December, 2010 in the Villa Clara province, Cuba.

Results: The mother deceases in this province have been stables fluctuating between 1 and 55 MM during the decade, in 2004 and 2010 there were not MM. The total of direct or indirect MM was of 22 in relation to the 533 reported in all the country. The more represented age was 36 years (4 MM, 16.6 %). In adolescents as a risk group there were two deaths for a 8.3 % and 8 women aged over 35 for a 36.8 %). Between both age groups occurred the 45.1 % of deceases. Among the major causes, the hemorrhagic disorders: 6 as main cause of direct MM and 6 cardiovascular affections are the major affections with great impact in the territory, followed by the amniotic fluid embolism, the ectopic pregnancy and the thromboembolism disease.

Conclusions: In the study decade there is a maintained stability in the MM incidence in territory and in two of those years there was not any incidence. The death causes were: hemorrhage and the cardiovascular affections and other associated with pregnancy.

Key words: mother death, causes.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como "la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales". Por lo general se hace una distinción entre "muerte materna directa" que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una "causa de muerte indirecta" que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud preexistente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan accidentales, incidentales o no-obstétricas.

La mortalidad materna o muerte materna es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante o poco después de un embarazo. En 2000, las Naciones Unidas estimó que la mortalidad materna global era de 529 000, lo que representa aproximadamente 1 defunción materna cada minuto,¹ de los cuales menos del 1 % ocurrieron en países desarrollados. La mayoría de estas muertes han sido médicamente prevenibles desde hace décadas, por razón de que los tratamientos y terapias para prevenir dichas muertes se conocen y manejan en todo el mundo desde los años 50. La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo. Hay factores asociados a la muerte materna que no implican un buen o mal estado

de salud general, como lo son las muertes relacionadas a la violencia contra la mujer. Se ha reportado además que cerca del 10 % de las muertes maternas ocurren más allá de los 42 días del puerperio, por lo que algunas definiciones se extienden más allá del puerperio tardío e incluyen hasta un año posparto. Se reconoce que los datos recibidos de mortalidad materna son una importante minoría de los eventos reales, pues menos del 40 % de los países miembros de la OMS reportan de manera correcta, sistemática y en forma verificable sus niveles de mortalidad materna.²

El número total de muertes en un país es proporcional a su población y no tiende a estimar la proporción de defunciones maternas reales. Por ejemplo, el país con el estimado más alto de muertes totales es India con 136 000, Nigeria con 37 000 y Afganistán con unas 20 000 muertes anuales. Un total de 13 países suman las 2/3 partes del total mundial, sin embargo, el riesgo de muerte materna no necesariamente es proporcional al total de muertes maternas del estado o país.³

La mortalidad materna se reporta en las estadísticas locales y globales como el promedio de muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. La más elevada está en Sierra León con 2 000 y Afganistán con 1 900 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos en esos países, según las Naciones Unidas en figuras del año 2000. Los índices más bajos incluyen a Australia con 4 e Islandia con 10 muertes maternas x 100 000 nacidos vivos. Otra figura de interés es el riesgo de mortalidad materna en algún punto de la vida de una mujer en edad reproductiva, número que registra el número de embarazadas que están a riesgo de una mortalidad materna. Por ejemplo, en el África del sur del desierto Sahara, el riesgo es de 1 por cada 16 embarazos, mientras que en países desarrollados es de aproximadamente 1 por cada 2 800 embarazos.⁴

En 2003, la OMS, la UNICEF y la UNFPA reportaron por estadísticas obtenidas del año 2000, que el índice de mortalidad materna promedio mundial es de 400 x 100 000 nacidos vivos, en países desarrollados es de 20 x 100 000 nacidos vivos y en países en vías de desarrollo de 440 x 100 000 nacidos vivos.² La mayor proporción de muertes maternas no ocurren durante el parto, sino durante los días subsiguientes a este.⁵

El término tasa referido a la mortalidad materna viene siendo reemplazado por el concepto razón de muerte materna, atendiendo a que un gran número de gestantes fallecen sin haber llegado al final de su embarazo.

Las cifras de Cuba se sustentan en la alta escolarización de las mujeres y en la igualdad de género cada vez mayor, la esmerada atención médica prenatal que reciben las embarazadas (17 controles médicos como promedio), que abarca cuidados especiales para mujeres con diabetes, hipertensión, afecciones cardiovasculares y anemia falciforme (sickleemia); y porque el 99,99 % de los nacimientos ocurren en instituciones de Salud atendidos por personal calificado.

Con el objetivo de caracterizar la problemática de las muertes maternas ocurridas en la provincia de Villa Clara en el período comprendido desde el año 2000 hasta diciembre del 2010 se realiza este estudio abarcando los últimos 10 años, se destaca que en los años 2004 y 2010 no se reportaron muertes maternas en el territorio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo retrospectivo de los registros de las muertes maternas ocurridas de enero de 2001 a diciembre del 2010 en la provincia de Villa Clara. Se revisaron todas las historias clínicas de los casos de muertes maternas, de acuerdo con la definición de la OMS (Clasificación Internacional de Enfermedades, X revisión, 1992). Se excluyeron las muertes maternas por causa no obstétrica.

Se llenó un formulario de recolección de datos, con variables generales: edad, ocupación, área de procedencia y escolaridad, variables obstétricas: número de embarazos, tipo de parto y atención prenatal, y variables relacionadas con la muerte materna: causa básica de defunción, mes y año en que ocurrió y clasificación. Se utilizó estadística descriptiva, se calcularon totales y frecuencias, mediana, desviación estándar y cálculo de mínimos y máximos para variable edad.

RESULTADOS

En la serie de 10 años del 2001 al 2010 la distribución de las muertes maternas en la provincia de Villa Clara ha sido proporcional destacando que en los años 2004 y 2010 no se registraron muertes maternas en el territorio, en el resto de los años en estudio el comportamiento oscila entre 1 y 5 casos anuales, son estas las cifras mínima y máxima respectivamente. En el período de estudio el total de muertes maternas directas e indirectas en el territorio resultó en 22 en relación con las 533 reportadas en todo el país.

En la tabla 1 se exponen los totales de muertes maternas en la provincia y el país por años de estudio así como las tasas en Villa Clara y en Cuba anualmente.

Tabla 1. Mortalidad materna (directa e indirecta) en Villa Clara y en Cuba

| Año | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Total |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------|
| MM VC | 2 | 4 | 3 | 0 | 1 | 3 | 3 | 1 | 5 | 0 | 22 |
| MM Cuba | 47 | 58 | 54 | 49 | 62 | 55 | 35 | 57 | 61 | 55 | 533 |
| Tasa VC | 22,0 | 43,0 | 34,2 | - | 12,9 | 42,0 | 42,1 | 13,0 | 61,6 | - | //////// |
| Tasa Cuba | 33,9 | 41,1 | 39,5 | 38,5 | 51,4 | 49,4 | 31,1 | 46,5 | 46,9 | 43,1 | //////// |

MM: muerte materna.
VC: Villa Clara.

Cuando se analiza la variable edad materna en el momento de la defunción en la tabla 2 se muestra una distribución en edades desde los 18 años con una muerte materna adolescente hasta los 38 años con otra muerte materna. La edad más representativa en este decenio fue los 36 años con 4 muertes maternas 16,6 % con una media para la edad de 30,67 años y una desviación estándar de 6,08.

Se destaca que las edades extremas de la vida como grupo riesgo están representadas con 2 adolescentes 8,3 % y 8 mujeres con 35 años y más 36,8 %, por lo que el subtotal de edades extremas de la vida respecto a la muestra es de 10 mujeres 45,1 %.

Tabla 2. Distribución según edad

| Edad | No. | % |
|-------|-----|------|
| 18 | 1 | 4,2 |
| 19 | 1 | 4,2 |
| 20 | 1 | 4,2 |
| 21 | 1 | 4,2 |
| 27 | 1 | 4,2 |
| 28 | 2 | 8,3 |
| 29 | 2 | 8,3 |
| 31 | 1 | 4,2 |
| 32 | 2 | 8,3 |
| 34 | 1 | 4,2 |
| 35 | 1 | 4,2 |
| 36 | 4 | 16,6 |
| 37 | 2 | 8,3 |
| 38 | 1 | 4,2 |
| Total | 22 | 100 |

n = 30,67 ± 6 Edad mínima = 18 años edad máxima = 38 años.
 >= 35 años = 8...36,8 % < 20 años = 2...8,3 % subtotal edades extremas= 10...45,1 %

En la tabla 3 se registran las principales causas de muerte materna en este período dividiendo la muestra en muerte materna directa e indirecta, se demuestra que los trastornos hemorrágicos, 6, como causa fundamental de muerte materna directa y las afecciones cardiovasculares 6 (4 directas y 2 indirectas) son las principales afecciones que inciden en el territorio, seguidos del embolismo de líquido amniótico, el embarazo ectópico y la enfermedad tromboembólica, estos 3 últimos con 2 casos cada diagnóstico. También se reportan con un caso cada uno de los siguientes diagnósticos: trastornos de la coagulación, enfermedad cerebrovascular, encefalitis por herpes y una porfiria aguda intermitente.

Tabla 3. Causas de muerte materna

| Causas | Directas | | Indirectas | | Total | |
|--------------------------------|----------|------|------------|------|-------|------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Hemorrágicas | 6 | 27,2 | - | - | 6 | 27,2 |
| Cardiovasculares | 4 | 18,1 | 2 | 9,09 | 6 | 27,2 |
| Embolismo de líquido amniótico | 3 | 13,6 | - | - | 3 | 13,6 |
| Embarazo ectópico | 2 | 9,09 | - | - | 2 | 9,09 |
| Enfermedad tromboembólica | 2 | 9,09 | - | - | 2 | 9,09 |
| Trastornos coagulación | 1 | 4,54 | - | - | 1 | 4,54 |
| Enfermedad cerebrovascular | - | - | 1 | 4,54 | 1 | 4,54 |
| Encefalitis | - | - | 1 | 4,54 | 1 | 4,54 |
| Porfiria aguda intermitente | - | - | 1 | 4,54 | 1 | 4,54 |

DISCUSIÓN

La mortalidad es, sin lugar a dudas, una de las variables de mayor importancia en los estudios de población.⁶ En general, las defunciones, particularmente las maternas, no son un suceso fortuito aislado, sino el producto de la multicausalidad que involucra diversas determinantes, como: el nivel económico y educativo de la madre y el padre, la edad, el estado civil, las características de la comunidad donde residen y las condiciones sanitarias de su domicilio; los hábitos y costumbres, la alimentación, el acceso a servicios de salud y la capacidad de esos centros de reconocer los signos y síntomas de una enfermedad grave; la atención y cuidados que les proporcionan a sus hijos, entre otros muchos factores sociales y biológicos.^{6,7}

La bibliografía médica destaca, como factor de riesgo, que las edades extremas de la vida elevan la incidencia de muerte materna.⁶ Esto coincide con nuestros resultados, aunque la muestra nuestra es pequeña el 45,1 % está dentro del subgrupo de edades extremas de la vida.

En cuanto a la edad de las pacientes que fallecieron, ninguna pertenecía al grupo menor de 16 años y predominó el de mayores de 35 años dentro de este subgrupo de edades extremas, lo cual es similar a lo reportado por la bibliografía.⁸⁻¹¹

Informes poblacionales de Europa y Estados Unidos de Norteamérica, confirman que el aumento de la edad materna es un factor emergente de riesgo demográfico para mortalidad materna.¹²⁻¹⁷

El embarazo, el parto y sus consecuencias siguen constituyendo en los países en desarrollo las principales causas de defunción, enfermedad y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva.⁸ En México, como en todo el mundo, la mortalidad materna representa un problema de salud pública con características

multifactoriales, que se relaciona con la inequidad social y de género, la pobreza, la educación, la corresponsabilidad no solo institucional sino familiar y comunitaria frente a la muerte materna, la falta de información efectiva acerca de los cuidados de la mujer embarazada, su hijo y la necesidad de reforzar programas educativos para construir a nivel familiar y comunitario una cultura de prevención de la muerte materna. Las causas de la mortalidad materna están directamente relacionadas con la accesibilidad, la oportunidad de las intervenciones, los costos y la calidad de los servicios obstétricos y perinatales.^{9,10}

Estos resultados son semejantes a lo reportado por Velasco y otros,¹¹ quienes encontraron que las muertes obstétricas directas tendieron a disminuir entre el 2000 (77,1 %) y el 2005 (66,7 %). Las causas indirectas son predominantes, sobre todo en los 2 últimos años, hecho que refleja la existencia de enfermedades asociadas con el embarazo, con mayor frecuencia las crónico-degenerativas, que tienen una relación menos estrecha con la oportunidad y la calidad de la atención médica.¹²

El fortalecimiento de los servicios de salud con recursos para la atención de las pacientes obstétricas graves, y la coordinación adecuada entre las autoridades de las instituciones de salud y los prestadores del servicio son los factores que permiten una atención oportuna y adecuada para disminuir la mortalidad materna.¹⁸⁻²⁰

Se concluye que en el decenio en estudio se ha mantenido una estabilidad en la incidencia de muertes maternas en el territorio, con excepción de 2 años donde no se reportaron, en mujeres que se encuentran en edades reproductivas y las causas fundamentales coinciden con la hemorragia y las entidades cardiovasculares seguidas de otras afecciones asociadas al embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gobierno del Estado de Nuevo León. Mortalidad Materna (en español). [acceso 4 Mar 2011]. Disponible en: http://www.nl.gob.mx/?P=salud_mortalidad_materna
2. Herrera Mario. Mortalidad materna en el mundo. Rev chil obstet ginecol. [online]. 2003;68(6):536-43.
3. Ministerio de salud del Perú. Salud materna. [acceso 4 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/maternidad/default.asp>
4. World Health Organization. Maternal mortality in 2000. Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA (en inglés). [acceso 4 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241596213/en/index.html>
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: Día Mundial de la Salud 2005 ¡Cada madre y cada niño contarán! (en español). [acceso 4 Mar 2011]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2005/media_centre/facts_figures_es.pdf
6. Mojarro O, Tapia Colocía G, Hernández López MF. Mortalidad materna y marginación municipal: la situación demográfica de México. México: CONAPO; 2003. p. 133-41.

7. Elu MC, Santos Prunela E. Mortalidad materna: una tragedia evitable. *Perinatol Reprod Hum.* 2004;18:44-52.
8. Organización Mundial de la Salud Millenium Project Task Force 4: Child Health and Maternal Health. April, OMS; 2004.
9. Organización Mundial de la Salud Informe Sobre la Salud en el Mundo, Capitulo 1. Las Madres y los Niños son Importantes y su Salud También. OMS; 2005.
10. Ordaz Martínez KY, Rangel R, Hernández Giron C. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el Estado de Morelos, México. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(7):357-64.
11. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E. Mortalidad materna en el IMSS, 1991-2005. Un periodo de cambio. *Rev Med IMSS.* 2006;44(Supl. 1):S121-S128.
12. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E, De la Cruz-Mejía L. El descenso de la mortalidad materna en el IMSS, 2000- 2005. ¿Azar o resultados de acciones específicas? *Rev Med IMSS* 2008;46(2):211-8.
13. Paxton A, Bailey P, Lobis S, Fry D. Global patterns in availability of emergency obstetric care. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006;93(3):300-7.
14. Caballero Leal LA, Muñoz Rodríguez MR, Soler Huerta E, Blanco Cornejo AV y Aguilar Barradas MR. Mortalidad materna. Experiencia de cinco años en la Delegación Veracruz Norte del IMSS. *Ginecol Obstet Mex.* 2009;77(11):508-11.
15. Alexander S, Wildman K, Zhang W, Langer M, Vutuc C, Lindmark G. Maternal health outcome in Europe. 12. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;111:S78-S87.
16. Temmerman M, Verstraelen H, Martens G, Bekaert A. Delayed childbearing and maternal mortality. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;114(1):19-22.
17. Lang CT, King JC. Maternal mortality in the United States. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008;22(3):517-31.
18. Montesano DJR, Hernández A, Zapién MJ, Olivares DE, Guizar MJM, Luna RMA. Mortalidad materna: enlace entre gestión directiva y atención clínica oportuna. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009;47(1):109-16.
19. Briones GJC, Díaz de León PM. MATER equipo multidisciplinario de respuesta rápida en obstetricia crítica. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 2010;24(3);110-3.
20. Briones GJC, Díaz de León PM, Meneses CJ. Estrategias para reducir la mortalidad materna hospitalaria en el Estado de México. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int.* 2009;23(1):16-24.

Recibido: 10 de septiembre de 2011.
Aprobado: 25 de septiembre de 2011.

Juan Antonio Suárez González. Hospital Docente Ginecobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara. Villa Clara, Cuba. Correo electrónico:
jasuarez@hmmg.vcl.sld.cu, chmb@hped.vcl.sld.cu
