

MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL GERMÁN URQUIDI 2000 A 2006

*René Terán Mendizabal

*Victor Gutierrez Ricaldi

**Lizbeth Lazo Villarte

RESUMEN

La tasa de mortalidad materna es un indicador que refleja el grado de desarrollo sanitario, cultural y económico de un país. Las complicaciones derivadas del embarazo y del parto causan la muerte de más de medio millón de mujeres cada año y dejan a muchas otras con problemas de salud graves y permanentes. Causas estas que nos motivaron a realizar un estudio de la Mortalidad Materna en el Hospital Materno Infantil German Urquidi de Cochabamba. De un total de 64.038 pacientes egresadas 45 fueron las defunciones, de estas 30 fueron Obstétricas y 15 Ginecológicas. La tasa de mortalidad materna media en los 7 años fue de 6.05 por 100.000 nacimientos. El mayor porcentaje de defunciones estuvo en el grupo etareó de 15 a 25 (40%), por el número de gestaciones estuvo en primigestas y con mas de 5 gestaciones (43.33%). La mayoría de las muertes ocurrió en el tercer trimestre de la gestación y en el puerperio (73.33%) El mayor porcentaje (83.33%) fue la muerte materna obstétrica directa y dentro de ellas las causas principales fueron; infección, hemorragia, Sind. de HELLP – CID y la Eclampsia. La permanencia hospitalaria fue 17 pacientes más de 24 horas y 13 menos de 24 horas.

Palabras Claves: Mortalidad materna, complicaciones embarazo y parto.

ABSTRACT

The study of mother mortality is important for the complications derived from the pregnancy, childbirth and puerperio that cause the death of more than half a million women every year. Cause of that we are interested in realizing a longitudinal, descriptive, retrospective, analytical and statistical study. On a whole of 64.038 patients joined the HMIGU, the whole of mother deaths was 30, and mother mortality in 7 years was 6.05 100.000 alive and death born. The number of caesarean was 25 %. The major percentage of deaths was in the group major of 35 years, woman with first pregnancy and those who had 5 or more gestations. The majority of the deaths happened in the third trimester of the gestation. The mother obstetric direct death (83 %) was the principal. The principal causes were infection (40 %), hemorrhage (36 %) and HELLP - CID. (12 %). The principal infectious reasons of death were the domiciliary childbirth and the sceptical abortion (60 %); and the principal hemorrhages of death was HELLP – CID.

Key words: Mother Mortality, pregnancy and labor complications.

*Ginecoobstetra H.M.I.G.U.

**Residente de Ginecología del H.M.I.G.U.

INTRODUCCION

La mortalidad materna a sido utilizada tradicionalmente como el indicador global e indirecto de los riesgos del proceso de reproducción para la madre; actualmente es un fiel indicador de la calidad de la asistencia en salud a la mujer en edad reproductiva, que por medio de una auditoria médica nos permite conocer los errores de diagnóstico, tratamiento, así como los factores de responsabilidad para corregir y mejorar la asistencia a la mujer embarazada.⁽³⁾

La tasa de mortalidad materna también es un indicador que refleja el grado de desarrollo sanitario, cultural y económico de un país, este indicador nos demuestra las amplias brechas que existen entre los países según su nivel de desarrollo. Los países desarrollados tienen tasas de mortalidad materna desde 0.5 a 10 por 100.000 nacidos vivos, mientras que los subdesarrollados alcanzan tasas de 440 a 1.000 por 100.000 nacimientos ⁽¹⁾ Las complicaciones de salud durante el embarazo parto y puerperio son responsables del 18% de la carga global de enfermedad de las mujeres entre 15 y 44 años de edad en el mundo. En América latina y el Caribe, más de 500.000 mujeres padecen problemas crónicos de salud por las complicaciones del proceso reproductivo. Los factores que contribuyen a las muertes maternas de las complicaciones obstétricas son varias y en su gran mayoría evitables, sin embargo se calcula que anualmente alcanzan a medio millón de mujeres que mueren, dejando sus hijos huérfanos y abandonados, muchas otras quedan con secuelas graves y permanentes.

En los últimos años en nuestro país la tasa de mortalidad materna registrada por INE es de 360 por 100.000 nacimientos, siendo una de las más altas del mundo, sin embargo de las políticas de estado implantados actualmente como el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) ^(9,12)

Se define muerte materna como la defunción de una mujer durante el embarazo, parto y puerperio, independiente del sitio y del tiempo de duración. Se excluyen de esta clasificación las muertes ocasionadas por accidentes, envenenamientos y homicidios. Para considerar muerte materna, la defunción debe estar relacionada o agravada por el proceso mismo del embarazo, parto, puerperio o la atención recibida durante estos procesos. También estarán sujetas a vigilancia, las muertes ocurridas en un período posterior pero cuya causa sea atribuible al proceso de reproducción o a su atención.

La Muerte Materna Directa es la consecuencia de

complicaciones debidas a embarazo, parto y puerperio. En cambio la Muerte Materna Indirecta es aquella generada como consecuencia de enfermedades preexistentes o de otras concomitantes que aparecen en el curso del embarazo y que sin estar relacionadas con éste, provocan la muerte porque son agravadas por el efecto fisiológico del embarazo. Así mismo la Muerte Materna No Obstétrica es la muerte materna no relacionada con el embarazo, parto o puerperio o su tratamiento, pudiendo ser por causas incidentales o accidentales.

Por tanto el presente trabajo tiene como objetivo el de determinar la tasa, así como las características de la mortalidad materna en el Hospital Materno Infantil "Germán Urquidí" durante el periodo 2000 a 2006.

MATERIALES Y METODOS

Este trabajo fue realizado en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidí de la ciudad de Cochabamba en el periodo 2000 - 2006, es un estudio longitudinal, descriptivo y retrospectivo.

El Universo comprendió a todas aquellas pacientes que acudieron al H.M.I.G.U. durante el periodo 2000 a 2006. La muestra incluyó a todas las pacientes cuyas historias clínicas incluían causa obstétrica al egreso, durante el periodo de estudio. El registro de los datos incluyó la revisión de las historias clínicas de las pacientes que fallecieron durante el periodo de estudio y su posterior vaciamiento a un cuestionario previamente establecido. La tabulación de los datos se realizó mediante el programa Microsoft Excel.

RESULTADOS

Respecto a la Mortalidad Materna, durante los 7 años que abarca el estudio tuvimos un total de 64.038 pacientes egresadas, de las cuales 45 (0.07%) correspondieron al total de defunciones. De estas 30 fueron de causa obstétrica sobre las que se realizó la presente revisión y 15 de causa ginecológica.

La tasa media de mortalidad materna de los 7 años de estudio fue de 6,05 por 100.000 nacidos vivos. En relación al análisis anualizado de la mortalidad materna encontramos que nuestra mortalidad fluctuó entre 0 y 15.36 por 100.000 nacimientos. (gráfica 1).

Se atendieron un total de 48.928 partos durante el periodo de estudio, de los cuales 36.737 (75%) fueron vaginales y 12.191 (25%) fueron por cesárea.

Del total de 30 muertes maternas, 25 (83.33%)

fueron clasificadas como muerte obstétrica de causa directa, 3 (10%) como muerte obstétrica de causa indirecta y 2 (7%) de causa no obstétrica. (grafica 2)

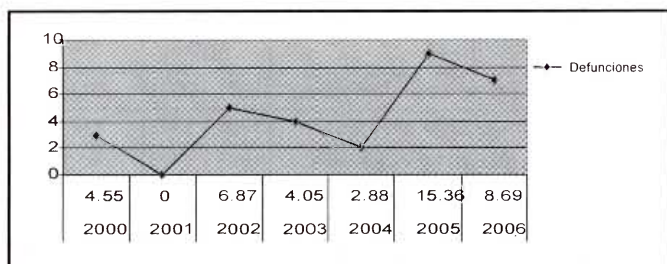


Gráfico 1: Tasa de mortalidad materna anual HMIGU.

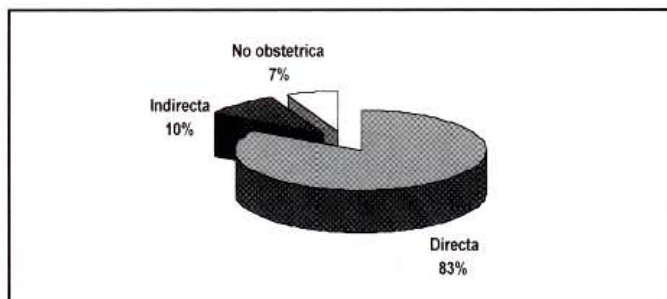


Gráfico 2: Clasificación de la Mortalidad HMIGU.

Dentro de las causas de muerte materna directa 10 pacientes (40%) fueron por infección, 9 pacientes (36%), por hemorragia, 3 pacientes (13%) por síndrome de HELLP y CID, 2 pacientes (8%) por eclampsia y una paciente (4%) por coriocarcinoma (Tabla 1).

En el grupo de 10 pacientes infectadas, la primera causa fue el parto domiciliario y sepsis con 4 pacientes (40%).

El aborto séptico con 4 pacientes (40%), 2 pacientes post cesárea y sepsis referidas (20%).

De las 9 pacientes que fallecieron por hemorragia; 2 fueron por síndrome de HELLP - CID (22%), 2 por acretismo placentario (22%) y 2 por atonía uterina (22%), una paciente por placenta previa, otra inversión uterina y la última por ruptura uterina (Tabla 2).

MORTALIDAD MATERNA DIRECTA	Nº	%
Infección	10	40,00 %
Hemorragia	9	36,00 %
Sd. Hellp, CID	3	12,67 %
Eclampsia	2	8,00 %
Coriocarcinoma	1	4,00 %
TOTAL	30	100,00 %

Tabla 1: Causas de Muerte Directa.

Del total de muertes maternas, 5 (17%), se produjeron en el primer trimestre de la gestación, 3 (10%), en el segundo trimestre, 16 (53%), en el tercer trimestre y 6 (20%), en el puerperio.

CAUSAS DE HEMORRAGIA	Nº	%
Sd. HELLP - CID	2	22,22
Acretismo placentario	2	22,22
Atonia uterina	2	22,22
Placenta previa	1	11,11
Inversión uterina	1	11,11
Ruptura uterina	1	11,11
TOTAL	9	100,00

Tabla 2: Edad gestacional.

Dentro de las causas de muerte materna indirectas y las no obstétricas fueron, 5 pacientes, encontrándose a una paciente con neumonía, otra con absceso hepático, otra con CA hepato gástrico, otra con colecistitis y otra con TEC (20 % cada una).

Del total de muertes maternas 14 (47%), procedían de la ciudad de Cochabamba, 15 pacientes (50%) remitidas de otras provincias de Cochabamba y 1 paciente (3%) procedía del interior del país.

En relación a las muertes por edad de 15 a 25 años fue el grupo mayoritario con el 40 % seguido de pacientes con más de 36 años (30%) (Tabla 3).

CLASIFICACIÓN POR EDAD	Nº	%
15 a 20	6	20,00
21 a 25	6	20,00
26 a 30	4	13,33
31 a 35	5	16,67
36 o mas	9	30,00
TOTAL	30	100,00

Tabla 3: Clasificación por edad

Más del 50 % de pacientes acudieron al hospital directamente de su domicilio, y 13 pacientes (43%) fueron referidas de otros centros médicos. En relación a la ocupación, 17 pacientes (57%), realizaban labores de casa, 6 pacientes (20%), eran estudiantes, y el resto de las pacientes tenían otras ocupaciones (Tabla 4).

OCUPACIÓN	Nº	%
L. de casa	17	56,67
Estudiante	6	20,00
Agricultora	2	6,67
Lavandera	2	6,67
Otros	3	9,99
TOTAL	30	100,00

Tabla 4: Clasificación por ocupación.

La paridad se vio representada con 9 pacientes (30%) con 5 o más gestaciones, 9 pacientes primigestas, 5 pacientes (16%) tercigestas.

El estado civil de las pacientes fue: 50% casadas, 26,67 unión libre, 16,67 solteras, 3,33 viudas y 3,33 sin registro.

DISCUSIÓN

La declaración del Milenio de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), fue aprobada el 8 de septiembre de 2000 por los 189 Estados donde se ha planteado como objetivo la reducción de la muerte materna en tres cuartas partes y la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes respecto a las cifras de 1990 (12).

Las muertes maternas a nivel mundial son atribuidas a 5 causas directas: hemorragia, sepsis, aborto no seguro, eclampsia, parto obstruido. Mientras que las muertes indirectas se deben a patologías asociadas al embarazo que precipitan el resultado fatal; por ejemplo, malaria, hepatitis y cada vez más el sida (12). En nuestra institución las tres primeras causas de muerte materna obstétrica son la infección, la hemorragia y síndrome de HELLP-CID.

La infección en su mayor porcentaje fue por parto domiciliario y aborto séptico y la hemorragia se relacionó principalmente con HELLP – CID, acretismo placentario y atonía uterina, lo cual se espera que tenga un descenso importante por la implementación de políticas de gobierno como el seguro universal materno infantil, recientemente el síndrome de HELLP aparece como causa importante de mortalidad materna que en anteriores trabajos no fue registrado.

Entre las causas de muerte materna indirecta figuran patologías como neumonía, absceso hepático, CA hepato gástrica, colecistitis y TEC, lo que una vez más demuestra la importancia del control prenatal para su asistencia oportuna y el manejo mul-

tidisciplinaria. El porcentaje de cesáreas durante los años de estudio fue de un 25 %, siendo el mismo alto en relación al sugerido por la OMS que es de 15%, sin embargo debemos recalcar que el hospital es el centro de referencia nacional.

HOSPITALES	AÑOS	TMN
Hospital Dr. Adolfo Prince Lara - Venezuela	2001 - 2004	51,05
Hospital Nacional Cayeta Heredia - Perú	1998 - 2001	112,5
Hospital de Caldas Manizales - Colombia	1993 - 1995	31,5
Hospital Materno Infantil - Honduras	1994 - 1995	72,6
Hospital Central Militar Mexico	1981 - 1993	3,33
Hospital Mexicano del Seguro Social	1992 - 2001	100,00
Hospital Materno Infantil Germán Urquidí	2000 - 2006	

Tabla 5: Tasa Comparativa de la Mortalidad Materna en distintos países.

En los 7 años de estudio sobre un total de 48.928 nacimientos la tasa de mortalidad materna media fue de 6.05 por 100.000 nacimientos, el cual disminuyó de manera considerable en comparación a estudios anteriores, sin embargo continuamos ocupando los primeros lugares. en relación a otros hospitales latinoamericanos.

CONCLUSIONES

Con el presente trabajo demostramos que la tasa de mortalidad materna en Bolivia, es todavía alta a pesar de los esfuerzos realizados por el Estado. Recomendamos que la Referencia de pacientes de alto riesgo a centros de mayor complejidad, debe ser oportuna y adecuada. Se debe también mejorar el registro por el departamento de estadística para evitar el subregistro, y la historia clínica, el único documento válido, debe ser llenada con el máximo cuidado. Los comités de mortalidad materna institucional, deben coordinar con auditorías médicas permanentes, de acuerdo a la recomendación de la FLSOG, FIGO, y la OMS para adecuar y actualizar las conductas de la especialidad.

Se debe ampliar y adecuar el recientemente creado seguro de atención integral de la mujer no embarazada para que mediante campañas de educación sexual, planificación familiar, consulta prenatal podamos mejorar la salud de la mujer Boliviana.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Día Mundial de la Salud 2005: cada madre y cada niño contarán. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/2005/es/>
2. Maine D, Wardlaw TM, Ward VM, McCarthy J, Birnbarm A, Akalin M. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York: UNICEF/OMS/FNUAP, 1997.
3. WHO. International Classification of Diseases (ICD). Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
4. Oficina Panamericana de la Salud. Reducción de la mortalidad y morbilidad materna: consenso estratégico inter-agencial para América Latina y el Caribe. Washington DC: PAHO, 2003. p.1-3.
5. Crespo J. Mortalidad materna en el Hospital Central Antonio María Pineda, Barquisimeto. Rev Obstet Ginecol Venez. 1970; 30: 497-501.
6. Magalhaes Netto J. M.: Mortalidad materna universidad federadle Bahia Femina 490-98, junio 1985.
7. Jorge Díaz1, Jorge Luis Salvador, Francisco Hidalgo. Mortalidad materna. Experiencia de 4 años en el hospital nacional Cayetano Heredia. ginecol. obstet. 2004; 50 (2) : 97-100
8. Ruiz M. Mortalidad materna en el Hospital Central Militar, Comparación de dos periodos consecutivos de 13 años (1968-1980 y 1981-1993) Rev Sanid Milit Mex 1996; 50(4): 113-116.
9. Drs. Pedro Faneite *, Fátima García. Mortalidad materna. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 2001-2004. Rev Obstet Ginecol Venez v.65 n.3 Caracas set. 2005
10. Velasco M.; Navarrete H. Mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social 1987-1996. Rev. méd. IMSS;35(5):377-83, sept.-oct. 1997
11. Ángel R., García R., Pagés D., Hernández J. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina"
12. Mortalidad materna: algunos factores a considerar 1986-1995. Rev Cubana Obstet Ginecol v.24 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 1998
13. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna: ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. Cron OMS 1986;40:195-205.
14. OPS/OMS. Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. Roca viva, 1990.