

HOSPITAL UNIVERSITARIO GINECOOBSTÉTRICO
"MARIANA GRAJALES"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

MORTALIDAD MATERNA Y MORBILIDAD MATERNA GRAVE EN LA PROVINCIA DE VILLA CLARA (2000-2004)

Por:

Dra. Marilín Luna Alonso¹, Dr. Heriberto Martínez Espinosa² y Dra. Nuria Vega Betancourt³

1. Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC. e-mail: hmartinez@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. ISCM-VC. e-mail: hmartinez@capiro.vcl.sld.cu.
3. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC. e-mail: nuriavega@capiro.vcl.sld.cu

Descriptor DeCS:

MORTALIDAD MATERNA
SALUD DE LAS MUJERES
MORBILIDAD

Subject headings:

MATERNAL MORTALITY
WOMEN'S HEALTH
MORBIDITY

El nacimiento de un niño es un acontecimiento que se celebra en todo el mundo; sin embargo, todos los días miles de mujeres viven el parto, no como el acontecimiento gozoso que debería ser, sino como una tortura personal que puede terminar en la muerte.

El indicador de mortalidad materna refleja el grado y la calidad de la atención médica. Las defunciones maternas se consideraban "verdaderas" cuando el embarazo era la causa directa de una serie de acontecimientos que llevaba a la muerte, y "asociadas" o indirectas cuando la afección que llevaba a la muerte no se relacionaba con el embarazo¹.

La condición de la mujer y su salud están íntimamente relacionadas; para que tenga éxito todo intento serio de mejorar la salud reproductiva de la mujer, ella debe ocuparse en primer lugar del daño que le ocasionan las costumbres sociales y las tradiciones culturales, por el mero hecho de que nació mujer. Sabemos ya cómo evitar la mayoría de las causas terminales más corrientes de defunción materna, entre las que se hallan: la eclampsia, el parto distócico, la hemorragia o la sepsis. Estos trastornos se han convertido en excepcionales en el mundo industrializado y en varios países en desarrollo, lo que demuestra de manera concluyente que ya sabemos lo bastante para actuar con eficacia².

Las cifras de mortalidad materna no reflejan los sufrimientos producidos por las complicaciones del embarazo y el parto. Aunque no se conoce su número con exactitud, se cree que por cada mujer que fallece se revierte la salud de aproximadamente otras 16, quizás para el resto de sus vidas.

Las condiciones de vida de la mujer (económica, ambiental y social) influyen tanto en la morbilidad como en la mortalidad maternas.

Se ha señalado que las complicaciones obstétricas son más frecuentes que las no obstétricas.

Son varios y difíciles de tratar los factores relacionados con la mortalidad materna, y todos unidos pueden reflejar una tasa de acuerdo con los cambios socioeconómicos, la práctica obstétrica y la organización de los servicios médicos que se ofrecen al pueblo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la muerte materna como la defunción que ocurre por cualquier causa durante el embarazo, el parto y hasta cumplidos los 42 días del puerperio, independientemente de la duración y la localización del embarazo².

La OMS define la morbilidad obstétrica como "la morbilidad en una mujer que ha estado embarazada (con independencia del lugar o duración del embarazo) y que es resultado de cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por él y su manejo, pero no de causas accidentales o incidentales"³.

Se realizó un estudio de las muertes maternas directas ocurridas entre enero de 2000 hasta diciembre de 2004 en la provincia de Villa Clara, y de todas las pacientes que durante ese período padecieron morbilidad obstétrica grave.

Durante ese tiempo estudiado, la provincia de Villa Clara tuvo nueve muertes maternas directas: En el año 2000, falleció una paciente por trastornos hemorrágicos debido a un embarazo ectópico complicado; en el 2001 se produjo otra muerte por hemorragia debido a una placenta previa; en el año 2002, una paciente murió por trastornos hemorrágicos debido a una atonía uterina; dos fallecieron por embolismo de líquido amniótico en las que predominó el cuadro hemorrágico, y otra por tromboembolismo pulmonar; en el año 2003 fallecieron dos pacientes por tromboembolismo pulmonar y una por un trastorno hemorrágico debido a rotura uterina. En el año 2004 no se produjeron muertes maternas en la provincia.

Los trastornos hemorrágicos representan el mayor por ciento de causas de muertes maternas, ya que el embolismo de líquido amniótico, en ambos casos, se presentó de forma hemorrágica.

La provincia tiene una tasa promedio de 21 x 100 000 nacidos vivos, cifra inferior a la media nacional en ese mismo período. Se resalta que se da entrada al concepto razón de muerte materna, en atención a que existen gestantes que fallecen sin haber llegado al final de su embarazo; por ejemplo, las gestaciones ectópicas, entre otras.

Las muertes maternas se produjeron en diferentes momentos: cuatro en el transoperatorio, cuatro en el puerperio (una de ellas con menos de cuatro horas después del parto) y una después de haber sido intervenida por un embarazo ectópico.

El predominio hemorrágico agudo, su falta de control y de no reposición adecuada de las pérdidas fue el cuadro predominante, y determinó que la muerte ocurriera en el transoperatorio y en el cuarto período del parto.

La relación mortalidad materna y morbilidad grave fue de 1 a 47 en la provincia, durante los cinco años de estudio.

Morbilidad materna grave

En este período, la provincia tuvo 184 pacientes con enfermedad obstétrica grave.

La hemorragia provoca la mayor cantidad de casos graves, pero con una adecuada valoración de las pérdidas y una reposición de volumen rápida y correcta, un gran número de pacientes se hubieran recuperado de forma rápida y estable. No todas fueron ingresadas en unidades de cuidados intensivos.

La enfermedad hipertensiva gravídica aparece como segunda causa de morbilidad materna grave, lo que indica la necesidad de mejorar la atención prenatal⁴.

Las cardiopatías y las enfermedades respiratorias ocupan un lugar importante.

No se observa tendencia ascendente en las unidades asistenciales, pero tampoco ha habido una disminución significativa.

El puerperio constituye el momento crítico en la morbilidad materna grave, y representa más del 50 % de los casos⁵.

Los trastornos hemorrágicos fueron las causas principales de histerectomías obstétricas. De las 92 pacientes a las que se les practicaron histerectomías por hemorragia, a 23 se les realizó ligadura de arterias hipogástricas, y llama la atención que esta tiene una tendencia ascendente.

Es de señalar que en algunos países, como Chile, desde el año 1990 hasta el 2000 la hemorragia obstétrica no constituyó la principal causa de morbilidad y mortalidad materna⁶, sino que fueron los trastornos hipertensivos.

Es importante tener creadas las comisiones de discusión de muertes maternas, las cuales investigan la institución donde ocurrió la defunción de la paciente y los factores que influyeron en la misma, junto a todo el personal que participó en su atención; además, se realiza la discusión a nivel provincial y nacional a través del Ministerio de Salud Pública⁷.

Referencias bibliográficas

1. Clark SL. Cuidados intensivos en obstetricia. En: Scott JR, Di Saia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Danforth. tratado de obstetricia y ginecología. 8^{va} ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. p. 491-505.
2. Cabezas E, Castell J, Farnot U. Mortalidad materna y perinatal. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p. 243-50.
3. Prual A. Morbilidad obstétrica grave en los países en desarrollo: de la epidemiología a la acción. Foro Gynecol. 2001;4(2):6-14.

4. Ministerio de Salud Pública. Pérdida masiva de sangre. En: Acciones para un parto seguro. La Habana: MINSAP; 1999. p. 26-30.
5. Espinoza H, Camacho AV. Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality. Rev Panam Salud Pública. 2005 Feb;17(2):123-9.
6. Donoso Siña E. Reducción de la mortalidad materna en Chile de 1990-2000. Rev Panam Salud Pública. 2004;15(5):326-30.
7. Ministerio de Salud Pública. Procedimientos para la discusión científica de las muertes maternas. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Ciencias Médicas; 1997. p. 51-4.