
Mortalidad Materna - revisión de dos años

Hospital Escuela - Tegucigalpa

*Dr. Gaspar Vallecillo K** *Dr. José Cárcamo***

La Tasa de Mortalidad Materna (TMM) es un parámetro considerado y aceptado hoy día como uno de los más fieles representantes de la calidad de atención obstétrica y por tanto médica, que se brinda a una población determinada(1).

El control de la infección y hemorragia ha sido factor importante en el descenso progresivo de las T.M.M. (6).

En Estados Unidos de Norteamérica, en la cuarta década de este siglo, la T.M.M. era de 62, pero descendió a 3.3 en 1964 y a 2 en 1974 (2,3). Igual se ha observado en países subdesarrollados respecto al descenso, pero aún permanecen elevadas (6).

En nuestro país y específicamente en el Bloque Materno-Infantil del Hospital-Escuela, no existe un Comité de Mortalidad Materna para analizar cuidadosamente cada caso, tal como lo recomienda la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (F.I.G.O.). De aquí nació la inquietud de estudiar las muertes maternas ocurridas en nuestro Hospital, conocer causas, previsibilidad de cada caso y asignar responsabilidades cuando existieren.

* Jefe de Servicio

** Residente de 3er. Año, Depto. de Gineco-Obstetricia Hospital-Escuela.

Deseamos que este estudio sirva de base para la formación del Comité de Mortalidad Materna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron en forma retrospectiva los Expedientes de todos los casos de muerte materna ocurridos en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela de Tegucigalpa en el período comprendido del 1o. de julio de 1983 al 30 de junio de 1985 (24 meses). La clasificación de las muertes maternas, su previsibilidad, asignación de responsabilidades y la T.M.M. se obtuvieron siguiendo las recomendaciones del Comité de Mortalidad Materna de la F.I.G.O. (1).

RESULTADOS

CUADRO No. 1

MORTALIDAD MATERNA. REVISIÓN DE 2 AÑOS

TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR SEMESTRE Y POR AÑO

PERIODO	NACIDOS VIVOS	MUERTES MATERNAS	T.M.M.
1 Julio-31 dic. 1983	7312	6	8.20
1 Enero-31 Dic. 1984	12703	12	9.44
1 Enero-30 Jun. 1985	8526	7	8.21
TOTAL	28451	25	8.75

BMI-HE-1

En el período de estudio hubo 28,541 nacidos vivos y 25 muertes maternas, lo que corresponde a

una T.M.M. de 8.75.- No existieron diferencias significativas en los diferentes períodos.

CUADRO No. 2

MORTALIDAD MATERNA, REVISION DE 2 AÑOS

CLASIFICACION DE LAS MUERTES MATERNAS

TIPO Y DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
OBSTETRICA DIRECTA	15	60
INFECCION	12	48
PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	1	4
RUPTURA UTERINA	1	4
CORIOCARCINOMA	1	4
OBSTETRICIA INDIRECTA	1	4
CARDIOPATIA	1	4
NO OBSTETRICA	9	36
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	4	16
BRONCONEUMONIA	1	4
MENINGITIS	1	4
HEPATOPATIAS	2	8
BRONCOASPIRACION	1	4
TOTAL	25	100

BMI-HE-2

CUADRO No. 3

MORTALIDAD MATERNA, REVISION DE 2 AÑOS

EDAD DE LAS PACIENTES

	NUMERO	PORCENTAJE
16-20	5	20
21-25	4	16
26-30	7	28
31-35	3	12
36-40	2	8
41-45	4	16
TOTAL	25	100

BMI-HE-3

CUADRO No. 4

MORTALIDAD MATERNA, REVISION DE 2 AÑOS

PARIDAD DE LAS PACIENTES

	NUMERO	PORCENTAJE
0	2	8
1	5	20
2-4	2	8
5-6	11	44
7	5	20
TOTAL	25	100

BMI-HE-4

El mayor número de Muertes Maternas correspondió al grupo de obstétricas directas: 15 (600/0) y de ellas 12 (480/0) fueron debidas a procesos infecciosos.

En segundo lugar las causas no obstétricas: 9 (360/0) de las cuales la Insuficiencia Renal Aguda: 4 (160/0) y hepatopatías: 2 (80/0) fueron las más frecuentes.

Las edades de estas pacientes variaron de 16 a 45 años, siendo el grupo más numeroso el de 26 a 30 años con 7 (280/0), (ver cuadro No. 3).

La paridad varió de 0 - 12, de los cuales el grupo de 5 - 6 partos ocupó el mayor número: 11 (440/0), seguido por los grupos de 1 y 7 o más cada uno con 5 (200/0).

El mayor número: 12 (480/0) se consideró no evitable y 11 (440/0) probablemente evitables y sólo 2 (80/0) evitable. De las evitables y probablemente evitables se encontró que hubo responsabilidad médica, hospitalaria o ambas en 7 (280/0) de los casos y 18 (720/0) en la propia paciente o la comunidad, como se detalla a continuación: (ver cuadro No. 5).

CUADRO No. 5
MORTALIDAD MATERNA, REVISION DE 2 AÑOS

EVITABILIDAD DE LA MUERTE MATERNA

	NUMERO	PORCENTAJE
EVITABLE	2	8
PROBABLE	11	44
NO EVITABLE	12	48
TOTAL	25	100

BMI-HE-5

CUADRO No. 6
MORTALIDAD MATERNA, REVISION DE 2 AÑOS
ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD

	NUMERO	PORCENTAJE
MEDICA Y HOSPITALARIA	7	28
TRATAMIENTO INSUFICIENTE O INADECUADO	5	20
RETRASO EN DECIDIR OPERACION	1	4
DIAGNOSTICO NO OPORTUNO	1	4
MATERNA Y COMUNITARIA	18	72
RETRASO EN ACUDIR AL MEDICO	10	40
ABORTO PROVOCADO	3	12
ACUDIR CON EMPIRICAS	4	16
NO SEGUIR CONSEJO MEDICO	1	4
TOTAL	25	100

MNI
BO BMI-HE-6

Dentro del grupo de responsabilidad materna y comunitaria, la causa más frecuente fue retraso en acudir al Médico: 10 (40o/o), hubo 3(12o/o) de aborto provocado.

DISCUSIÓN:

La Tasa de Mortalidad Materna encontrada en el período estudiado es de 8.75 la cual es baja si se compara con la de los Hospitales especializados

del Instituto Mexicano de Seguridad Social en el Distrito Federal y del Centro Hospitalario 20 de Noviembre: 10.75 x 14.6 respectivamente (4,5).

El mayor número de muertes maternas correspondió al grupo de causas obstétricas directas y de ellas el primer lugar es para la infección. Esta en obstetricia sigue siendo problema severo. El uso indiscriminado e incorrecto de antimicrobianos ha favorecido la aparición de cepas resistentes. Las condiciones socio-económicas y culturales de la mayoría de las pacientes que acuden al Hospital favorece la aparición de infecciones y el retraso de muchas de ellas en acudir en busca de atención médica hace que la infección progrese. Los casos más lamentables fueron aquellos en que la infección se adquirió dentro del Hospital. No tuvimos ningún caso de Muerte Materna por hemorragia del tercer trimestre ni post-parto. La única muerte por causa obstétrica indirecta que falleció fue por Cardiopatía, una doble lesión Mitral con dos cesáreas anteriores y murió luego de la Cirugía cesárea.

De las causas no obstétricas la Insuficiencia Renal Aguda ocupa el primer lugar: 4 (16o/o). Intimamente ligado a ello está el hecho de que no tenemos en el Hospital, Unidad de Hemodiálisis, sino que se usa la del Instituto Hondureño de Seguridad Social donde los cupos son limitados.

De las hepatopatías: Una fue hepatitis viral fulminante y otra paciente que a su ingreso se detectó hepatopatía crónica complicada y fue de muy difícil manejo.

El caso de Bronco aspiración fue durante anestesia general para un cierre de una dehiscencia de herida operatoria luego de una laparotomía por embarazo ectópico. La Bronconeumonía fue por estafilococo.

Sólo 3 casos se documentaron con autopsia: La ecláptica, un caso infeccioso y la bronconeumonía, lo que hace ver la urgente necesidad de implementar las autopsias en nuestro centro para conocer con certeza los diagnósticos.

Clasificar una muerte materna como evitable o no evitable es difícil, pues en muchas de ellas se encadena una serie de factores que en conjunto terminan con la vida de la paciente; lo mismo sucede con

la asignación de responsabilidades, la que no es única en muchas ocasiones, sino múltiple. En general se tomó el evento inicial de todas las que culminaron con la muerte de la gestante, para decidir su evitabilidad y para asignar responsabilidades. (6).

Los resultados nos señalan la necesidad de proyectar los Servicios hospitalarios a la Comunidad con el fin de lograr una captación temprana de los embarazos, particularmente de alto riesgo, así como de establecer programas de educación, ya que muchos de los problemas observados fueron el resultado de acudir tarde a la asistencia médica, aunado a condiciones nutricionales y educacionales precarias.

Esperamos contribuir con este análisis a la formación del Comité de Mortalidad Materna de nuestro Hospital.

BIBLIOGRAFÍA

1. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Report on the activity of de Comitte on Maternal Mortality. J. Int. Fed. Gynaecol. Obstet. 5: 302, 1967;
2. Pritchard, J.A. y MacDonald, P.C.: Williams Obstetrics, 15a. Edic, Appleton - Century Crofts, Nueva York, 1976,
3. Alvarez Bravo, A.: Los Estudios de Mortalidad Materna en el Mundo Actual. Gac. Med. Mex. 104: 25,1972;
4. Rebolledo Clement, M.; Zetina García, Torres, F. y Espinoza de los Reyes, V.: Mortalidad Materna en el Hospital de Ginecología Obstetricia, número 3 del Centro Médico "La Raza". Ginecol. Obstet. Mex. 29:51,1971;
5. Lowenberg Favela, E.; Torre Bravo, J. y Ahued Ahued, J.R.: Mortalidad Materna en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Actualidad Ginec. Obstet. 3:587,1978;
6. J.A. Ruiz C. Rodríguez, J. Félix Márquez, P. Rosales, Mortalidad Materna en el Hospital Central Militar Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 50 No. 298,29:33,1982.

TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES

151

La anatomía patológica no fue conclusiva para el diagnóstico. El uso de Azulfidina y Corticosteroides fue muy beneficioso en el 100% de los casos. Hasta el momento no tenemos mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.) Spiro, Howard M. Clínical GastroEnterology- Yale University School of Medicine Pag. 575-576. Ediciones Mac Millan 1970.
- 2.) Jones, Every. Recientes Avances en Gastro Enterología. Butterworth Co. Londres Pag. 304-324. Ediciones Toray S. A. 1960.
- 3.) Pérez, Víctor. GastroEnterología, Librería "El Ate-neo". 1981 Capítulo 33 - Pag. 337-369.
- 4.) Kirsner Joseph B. Clínicas in GastroEnterology- Vol. 2, No. 3,Sept. 1973.
- 5.) Nugent, F. Warren, Norman E. Rudolf. Clínicas Médicas de Norte América. Manifestaciones Extra Colónicas de la Colitis Ulcerativa - Marzo, 1966.
- 6.) Perman M. Borrueal M., De Leone H, Várela E. Acta GastroEnterológica Latino Americana. Vol. 10, No. 4, 4to. Trimestre 1980.
- 6.) Nanna Suart Symposium. Long Term Manegement of Ulcerative Colitis. Organization Mondiale de GastroEnterology. Builetin Eighteem. Oct. 1983. Seventh World Congress Pag. 24, 25, 26.