



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA "DR. WITREMUNDO TORREALBA"
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY



**MORTALIDAD MATERNA
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
2008-2012**

Trabajo de Investigación para optar al ascenso a Profesor Titular
En el escalafón del Personal Docente de la Universidad de Carabobo

Autor : Dra Ligia Castro de Rojas

Maracay, 2013

MORTALIDAD MATERNA HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY 2008-2012

Autor: Dra. Ligia Castro de Rojas

Resumen: La Mortalidad Materna, continúa representando un grave acontecimiento que afecta el núcleo familiar, la comunidad y los indicadores estadísticos del país. **Objetivo General:** Caracterizar la Mortalidad Materna en el Hospital Central de Maracay, años 2008-2012; **Objetivos Específicos:** establecer número de madres fallecidas, causas y tipo de muerte, caracterización clínica de las madres fallecidas, lugares de procedencia, patologías asociadas al embarazo y causa de muerte según autopsia. **Material y Métodos:** **Población:** se revisaron las historias clínicas de 74 pacientes fallecidas ocurridas en el tiempo indicado. Los datos recogidos en un instrumento validado, se agruparon en tablas y gráficos, analizándolos posteriormente. El estudio se desarrolló desde una investigación documental, retrospectiva y descriptiva, enmarcada en un diseño cuantitativo. El análisis de la información se realizó con el programa SPSS.15.0 **Resultados y discusión:** el mayor número de Muertes Maternas, ocurrió en 2008 y 2011, prevaleciendo las muertes directas. El 89% provenía de Aragua, y del Municipio Girardot, 22%. La mayor frecuencia ocurrió entre los 15-29 años, con edad gestacional entre 30-39 semanas y en primigestas. El 51,4%% tuvo control prenatal, y la mayoría de las muertes ocurrió en el postparto inmediato. El Síndrome Hipertensivo del Embarazo, fue la primera causa de muerte, el 44% falleció en la UCI, 45% antes de las 24 horas de su ingreso. El 87% de las autopsias realizadas, fueron coincidentes con la clínica y la causa de muerte. **Conclusión:** es necesario: Mejor Control Prenatal. Establecimiento de la Consulta Preconcepcional y mejor dotación de Centros Hospitalarios. **Palabras clave:** Muerte Materna directa e indirecta

Abstract: Maternal Mortality remains a serious event that affects the family, community and country statistical indicators. General Objective: To characterize Maternal Mortality in the Central Hospital of Maracay, years 2008-2012; Specific Objectives set number of maternal deaths, causes and type of death, clinical characterization of the mothers who died, places of origin, and pregnancy-related pathologies cause of death by autopsy. Material and Methods: Population: We reviewed the medical records of 74 patients died occurred at the time indicated. The data collected in a validated instrument were grouped in tables and graphs, analyzing later. The study was conducted from a documentary research, retrospective, descriptive, quantitative design framed. The data analysis was performed with the program Results and discussion SPSS.15.0: the highest number of maternal deaths occurred in 2008 and 2011, prevailing direct deaths. The 89% came from Aragua, and the Girardot Municipality, 22%. The most frequently occurred between 15-29 years, with between 30-39 weeks gestational age and primiparous. 51.4%% had prenatal care, and most of the deaths occurred in the immediate postpartum period. The hypertensive syndrome was the leading cause of death, 44% died in the ICU, 45% within 24 hours of admission. The 87% of autopsies performed, were coincident with the clinic and the cause of death. Conclusion: it is necessary: Best Prenatal Care. Establishment of the Consultation Preconception and better provision of hospital centers.

Keywords: direct and indirect maternal death

INTRODUCCIÓN

La muerte Materna (MM), representa uno de los peores acontecimientos que ocurren dentro del ejercicio de la medicina, que tiene profundas repercusiones en el ámbito familiar, comunitario y sobre los indicadores estadísticos del país. Aunque el embarazo y el parto son fenómenos fisiológicos dirigidos a la perpetuación de la raza humana, pueden surgir complicaciones inherentes a la gestación, o la existencia de factores de riesgo, tales como enfermedades preexistentes, edades extremas de la vida, o condiciones personales de la madre como la desnutrición y la obesidad, que pueden complicar un embarazo o parto, resultando el fatal desenlace.

Según la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-10)¹ se define Muerte Materna (MM) como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio de embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales¹.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S)² una defunción o muerte materna está definida por el fallecimiento de una mujer en edad fértil (12 a 49 años), durante el embarazo, parto o puerperio, e incluso 12 meses después del parto.

Las muertes maternas se subdividen en muertes maternas obstétricas directas e indirectas. Una MM Directa, es aquella causada por complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio, cuyas causas principales suelen ser las hemorragias (más frecuentes en el período puerperal), sepsis, trastornos hipertensivos del embarazo, distocias en el trabajo de parto y complicaciones de un aborto, así como a intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o debidas a una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de los casos³. Las MM directas, son consideradas como MM evitables. La Muerte Evitable, es definida por la OMS, como "Todas aquellas muertes que dado el conocimiento actual y la tecnología médica, podrían ser evitadas por el sistema de salud, a través de la prevención y el tratamiento. Diversos autores señalan que la Muerte Materna es una tragedia evitable³, donde se indica la relación con factores como la pobreza, falta de acceso o ausencia de centros de salud, educación sanitaria;

Una MM Obstétrica Indirecta, es la que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de enfermedades que evolucionaron durante el embarazo, no debidas a causas obstétricas directas, pero que fueron agravadas por los efectos

fisiológicos del embarazo. Entre otros ejemplos se puede mencionar enfermedades respiratorias, la anemia, el VIH/SIDA y enfermedades cardiovasculares ³.

La MM a nivel mundial, constituye un problema de salud pública, pues representa un importante indicador de desarrollo humano para los países, además es uno de los indicadores que muestra las mayores disparidades entre los países de diferentes niveles de desarrollo. La tasa de Mortalidad Materna (TMM), es el resultado de la relación del número de MM, por cada 1000.000 nacidos vivos. La observación de éste indicador puede alertar sobre la efectividad de los programas de salud reproductiva, en cualquier país³.

Para el año 2004, según la Organización Panamericana de la Salud, Venezuela experimentó una TMM de 59,9 fallecimientos maternos por cada 100.000 nacidos vivos registrados, cifra superior a la experimentada por países como Canadá (3,8 para el 2001), Chile (7,8 para el 2003), Costa Rica (30,5 para el 2004) y Cuba (38,5 para el 2003), pero inferior a la de Bolivia y Haití con 230 y 523 respectivamente⁴.

Datos del Banco Mundial⁵, permiten realizar un gráfico comparativo de la TMM de Venezuela y otros países, para el año 2012, (Gráfico N. 1) donde se representa la posición del país, igual a Colombia pero como se puede ver, las cifras de otros países latinoamericanos y desarrollados, son menores.

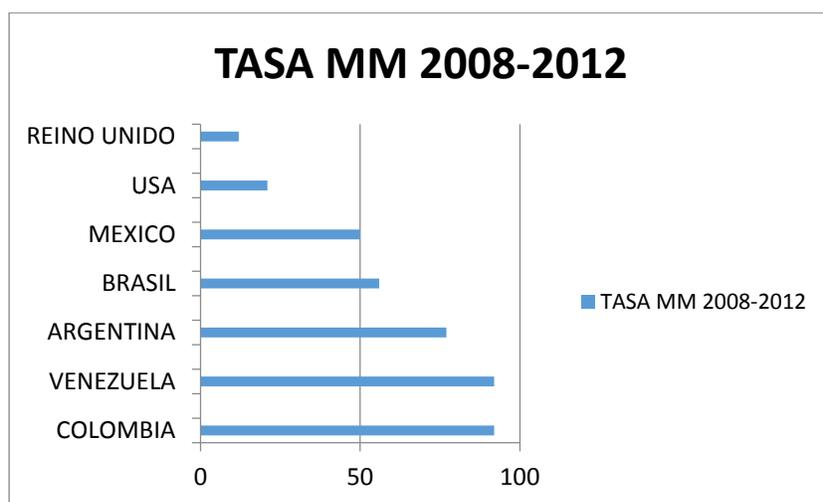


Figura N. 1. Tasa de Mortalidad Materna. Comparación de Venezuela y otros países del mundo. 2012.

Fuente: Index Mundi. 2012. Tasa por 100.000 nacidos vivos

Las cifras desde el año 1997 al 2012, señalan el comportamiento de la tasa de mortalidad materna, en países de América Latina, (Gráfico N. 2) donde se puede ver que

en Chile se registra la tasa menor y en Nicaragua, la tasa mayor para el primer cuatrienio, sin embargo, se aprecia disminución de la misma, hasta colocarse en cifras parecidas a Colombia y Venezuela. En Cuba y Argentina la TMM, ha ido aumentando, desde al año 1993. En Brasil. También se evidencia una disminución de la tasa de MM.

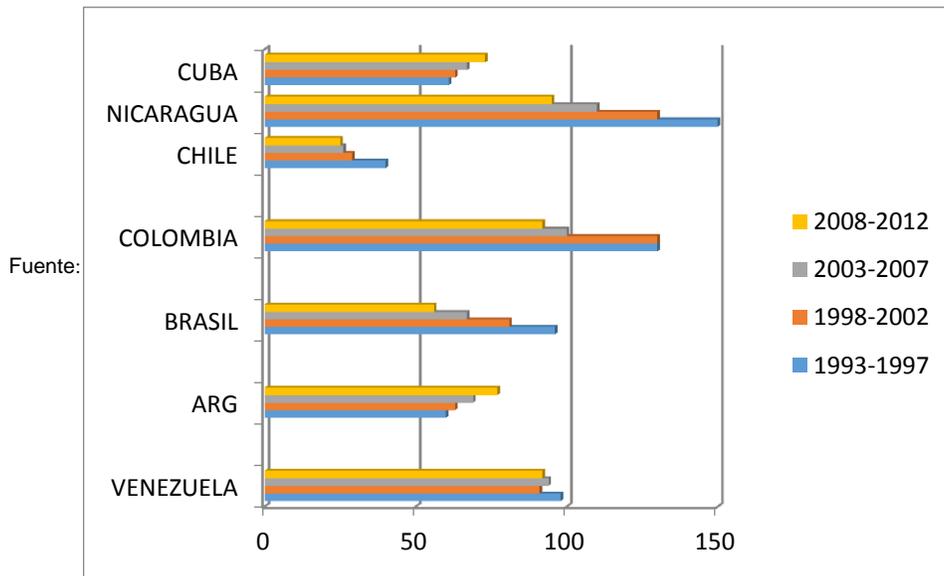


Figura N. 2. Tasa de Mortalidad Materna. Comparación de Venezuela y otros países Latinoamericanos. 1997-2012.

Fuente: Index Mundi. 2012

La mortalidad materna es uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia e interés para el país. La evolución de la TMM en Venezuela, ha presentado una tendencia desde el 1993 al 2012, (Gráfico N. 3) según datos del Index Mundi⁵, donde se puede ver una notable disminución con respecto al año 1993, pero desde entonces las cifras se mantienen relativamente constantes y elevadas.

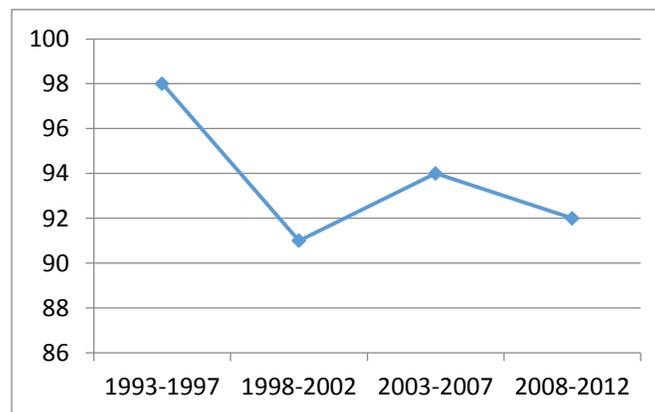


Figura N. 3. Tasa de Mortalidad Materna. Evolución en Venezuela. 1993-2012.

Como antecede Fuente: Index Mundi. 2012. Tasa por 100.000 nacidos vivos. s, se revela un incremento de 6,6 a 13,3 en la tasa de MM para el año 2006, atribuyendo las causas a sobrepeso, enfermedades cardíacas o vasculares, hipertensión arterial y el estrés. Aunque también señalan un mejor registro de los indicadores de salud.⁶

En Chile, se destacan que en el mundo ocurren 3 hechos importantes: el 15% de las mujeres grávidas desarrollan complicaciones que pueden poner en riesgo su vida; 300 millones de mujeres grávidas sufren complicaciones en el corto o largo plazo. 60 millones de partos anuales se verifican sin atención profesional.⁷ señalando que en países en vías de desarrollo, las causas de MM directas son: Hemorragias Obstétricas: 25%, sepsis: 15%, Eclampsia: 12%, contrastando con los países desarrollados, donde las causas que destacan son: Tromboembolismo pulmonar, cardiomiopatías, complicaciones quirúrgicas, embolismo de líquido amniótico y el Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE). Las MM Indirectas, en el mundo, representan un 20%.⁷

En México, con una tasa de MM parecida a la de Venezuela, constante y con tendencia a la baja, tuvo un repunte en el año 2009, por la pandemia de influenza, que afectó, particularmente, a las mujeres embarazadas. Las causas frecuentes de MM, son: el SHE y las hemorragias obstétricas. Lo dramático de la mortalidad materna es que se considera completamente evitable, por lo que constituye uno de los mayores motivos de vergüenza del sistema de salud de ese país. La reducción de la MM está entre los principales indicadores de salud y representa una de las metas de desarrollo comprometidas para el milenio.⁸ en ese mismo país, una investigación periodística señala que la pobreza, la distancia de los centros de salud, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados y las prácticas culturales son factores que obstaculizan la búsqueda y la atención médica profesional, por lo cual, declaran que México no cumplirá con el 5to objetivo del milenio. Las causas: SHE, hemorragias postparto, embolia pulmonar⁹.

En Venezuela, en el Hospital Universitario “Dr Van Grieken” de Coro Estado Falcón, coinciden las causas de muerte: trastornos hemorrágicos, SHE y las sepsis¹⁰. Mientras que en la Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas Venezuela, las principales causas de muerte materna con patología identificada para 2006, están, por orden de importancia: 1) Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE): Edema, proteinuria y otros trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (21,62 %); 2) Complicaciones del trabajo

de parto y parto (19,19 %); 3) aborto (13,78 %) 4) Complicaciones principales relacionadas con el puerperio (12,43 %). El mayor número de defunciones maternas, ocurrió en mujeres con edades comprendidas entre 20 y 34 años edad.¹¹

Datos como los anteriores, han causado preocupación a nivel Mundial por la MM y otros problemas graves de orden socio-económicos y culturales, lo cual llevó a la realización de una Asamblea General de Organización de las Naciones Unidas, en Nueva York, en septiembre de 2000, donde se reunieron representantes de 189 países y aprobaron la “Declaración del Milenio”, cuyos objetivos son mejorar las condiciones sociales de vida de la población mundial que vive en condiciones de pobreza. Se fijaron 8 objetivos, entre los cuales destaca la reducción de los índices de mortalidad materna constituyendo el quinto objetivo de desarrollo del milenio: reducir en un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015¹².

Pero, existen múltiples factores asociados a la MM, tales como la edad, la condición socio-económica, las enfermedades pre-existentes, pero no todos son determinantes. Las altas tasas de mortalidad materna son causadas por una secuencia de eventos de naturaleza socioeconómica, epidemiológica y de acceso a los programas y servicios de atención al embarazo, parto y puerperio, afectando fundamentalmente a los grupos de menores ingresos y a los grupos excluidos socialmente. Dependen por lo tanto de un sistema de determinantes inmediatos, mediatos y de última instancia¹³.

Los determinantes inmediatos son el acceso a los programas y servicios de atención al embarazo, parto y puerperio. Estos servicios determinan la calidad de control a la mujer durante el embarazo, a través de las consultas prenatales, de atención obstétrica y al parto por personal especializado y a las consultas postnatales para evitar las complicaciones durante el puerperio. Los determinantes mediatos están asociados a las condiciones generales de acceso a los servicios de salud, especialmente de salud reproductiva planificación familiar. Un adecuado acceso a los servicios de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva, a través de la participación activa de grupos de interés, asociaciones de mujeres y de la comunidad en general son esenciales para aumentar la información y el acceso de las familias y parejas a los servicios de salud¹³.

Analizando otros factores que inciden en la MM, se encuentra que hay dificultades que enfrentan las pacientes para lograr la atención obstétrica oportuna y de calidad: las demoras en recibir la atención médica, las cuales se han agrupado de la siguiente manera¹⁴:

- 1- Primera Demora: en decidir la búsqueda de la atención médica, generalmente por desconocimiento, ya sea de su condición de salud o falta de información de dónde acudir o como llegar a los establecimientos de salud.
- 2- Segunda Demora: en acceder al centro de salud: dependiendo de la distancia, la disponibilidad y eficiencia del transporte, costo de los traslados.
- 3- Tercera Demora: en obtener el tratamiento adecuado y oportuno, donde se señala la provisión de atención del personal capacitado, disponibilidad de medicamentos e insumos, infraestructura del centro de salud, que posea quirófanos, sala de parto, Unidad de Cuidados Intensivos y otros.

La obtención de la información sobre este aspecto y otros que rodean a la MM, se recolecta a través de la Autopsia Verbal, definida por la OMS como “un proceso concebido para facilitar la identificación de las defunciones maternas cuando la certificación médica es insuficiente, mediante la reconstrucción de eventos que rodean a los fallecimientos acaecidos en la comunidad”. Las autopsias verbales se basan en los hechos que fueron observados por familiares y miembros de la comunidad con escasos o nulos conocimientos médicos¹⁵.

Es importante entonces, investigar la relación que hay entre la MM y los hechos mencionados mediante la Autopsia Clínica, definiéndola como el procedimiento post mortem que estudia las alteraciones morfológicas de los órganos y tejidos como consecuencia de la enfermedad, y determina o corrobora la naturaleza de la enfermedad (causa básica, inicial o fundamental), así como su extensión, además, investiga la causa inmediata e intermedia de muerte y aquellos procesos contribuyentes¹⁶. Se considera que es el método que permite el estudio más completo del enfermo y la enfermedad y que garantiza la más elevada calidad del trabajo médico¹⁷. La Autopsia, bien realizada, sigue siendo un elemento actual, válido y barato para la asistencia, docencia, investigación control de calidad, asistencia a la justicia y para la estadística, epidemiología y medicina social¹⁸.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Caracterizar a la Mortalidad Materna en el Hospital Central de Maracay (HCM) en el período comprendido entre los años 2008-2012.

Objetivos Específicos:

- 1- Determinar el número de muertes maternas
- 2- Especificar a qué tipo de MM corresponden
- 3- Señalar de qué estado o municipio provienen las pacientes fallecidas
- 4- Caracterizar a las madres de acuerdo a edad, edad gestacional, gestas, N° de controles,
- 5- Establecer el momento obstétrico de la MM
- 6- Precisar la causa de MM
- 7- Especificar las patologías más frecuentes asociadas con las muertes maternas
- 8- Establecer la ubicación hospitalaria de la MM
- 9- Determinar las demoras de ingreso a UCI
- 10- Puntualizar el tiempo de hospitalización de las pacientes fallecidas
- 11- Revisar la causa final de la muerte con los protocolos de autopsias

JUSTIFICACION

Esta investigación se justifica, principalmente por la importancia que representa la MM como indicador de la calidad de salud del país, y por la identificación de factores que están implícitos en las muertes maternas ocurridas en el período señalado.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se desarrolló a partir de una investigación documental retrospectiva y descriptiva, enmarcada en un diseño cuantitativo. La población estuvo constituida por la totalidad de las pacientes obstétricas que fallecieron entre los años 2008-2012. Se consignaron los datos contenidos en las historias y en los protocolos de autopsias en un instrumento que fue sometido a la validez de contenido, por tres expertos en el área. Allí se plasmaron las características gineco-obstétricas, patológicas y los datos de importancia que acompañaron el deceso. La revisión de los protocolos de autopsias clínicas, se realizó para establecer el número de pacientes fallecidas se les realizó el procedimiento y revisar la coincidencia de los mismos. Los datos mencionados se transcribieron en una base de datos en el programa Excell (Microsoft Office 2010) El análisis estadístico de la información se realizó con el paquete estadístico SPSS.15.0 y los resultados se presentan en tablas de frecuencia y de asociación.

RESULTADOS

Entre el año 2008 y 2012, ocurrieron 76 MM, con la siguiente distribución (Tabla N. 1)

	AÑO	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	TOTAL	TOTAL %
MUERTES DIRECTAS		11	14,5	3	3,9	5	6,6	14	18,4	6	7,9	39	51,3
MUERTES INDIRECTAS		11	14,5	6	7,9	3	3,9	8	10,5	7	9,2	35	46,1
NO RELACIONADAS		0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,3	0	0,0	2	2,6
TOTAL:		22	28,9	10	13,2	8	10,5	23	30	13	17,1	76	100,0

Tabla 1. Número de

Se pudo observar que el mayor número de muertes ocurrió en el año 2008 y en el 2011. El menor número de muertes, ocurrió en el año 2010. Con respecto al tipo de muerte, el porcentaje de MM directas fue mayor que las indirectas, a excepción del año 2008, con igual número de fallecidas por muerte directa e indirecta, y en el 2009, cuando se registraron mayor número de muertes indirectas. Hubo 2 muertes no relacionadas, en el lapso de tiempo y lugar estudiado: una por accidente de tránsito y otra por herida de arma de fuego.

Según el estado de origen de las pacientes fallecidas en el período estudiado, en Aragua, se registró el mayor número de pacientes, con 66 (89,1%), seguido por Carabobo con 4 (5,2%). El municipio Girardot, tuvo 17 (22%) fallecidas; en los municipios Zamora, Mariño y Linares Alcántara hubo cifras de 9 (12,1%), 9 (12,1%) y 7 (9,5%) decesos, respectivamente. Los Municipios Mario Briceño Iragorri y Revenga, tuvieron 5 (6,7%) 6 (8,1%) cada uno, y el municipio Rivas, con 4 (5,4%). En el resto de los municipios, las cifras se mantuvieron entre el 2,6% y 1,3%. Al considerar la Mortalidad por municipios en Girardot y Zamora ajustada por el total de mujeres en edad fértil (126.095 y 42.892, respectivamente) se encontró que el municipio Zamora presentó el porcentaje de

mortalidad más alta del estado con 0,023%, seguido por Linares Alcántara, Mariño y Girardot.

De las pacientes fallecidas, 20 (27%) acudieron al HCM, por decisión propia, mientras que el resto, 57 (77%) pacientes, fueron referidas, el mayor número del Hospital “José María Benítez”, con el 15% de frecuencia, seguido de pacientes referidas del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, con 12,1 %.

En relación a la edad de las pacientes, la tabla 2, indica que el grupo de 15 a 19 años, y de 25 a 34 años, fue donde ocurrió el mayor número de muertes:

Tabla 2. Distribución por Grupo Etario y por Año. Muertes Maternas. Hospital Central de Maracay. 2008-2012

GRUPO ETARIO	2008		2009		2010		2011		2012		Totales	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Menor de 14	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4
15 – 19	6	8,1	2	2,7	0	0,0	7	9,5	1	1,4	16	21,6
20 – 24	2	2,7	2	2,7	2	2,7	2	2,7	5	6,8	13	17,6
25 – 29	4	5,4	3	4,1	0	0,0	3	4,1	5	6,8	15	20,3
30 – 34	4	5,4	0	0	2	2,7	5	6,8	1	1,4	12	16,2
35 – 39	3	4,1	1	1,4	3	4,1	5	6,8	1	1,4	13	17,6
40 y mas	3	4,1	0	0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	4	5,4
Totales:	22	29,7	9	12	8	10,8	22	29,7	13	17,6	74	100,0

La edad gestacional de las pacientes fallecidas, en cada año del estudio, se presenta en la tabla 3, donde se evidencia que la mayor parte de las MM ocurrieron durante el segundo y tercer trimestre de gestación.

Tabla 3. Distribución por Edad Gestacional y por Año. Muertes Maternas. Hospital Central de Maracay. 2008-2012

	2008		2009		2010		2011		2012			
TRIMESTRE	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	Totales	%
NO EMBARAZADA	1	1,35	0	0	0	0,00	4	5,4	4	5,4	9	12,16
PRIMERO	1	1,35	0	0	0	0,00	0	0,0	0	0,0	1	1,35
SEGUNDO	4	5,41	2	2,7	2	2,70	6	8,1	3	4,1	17	22,97
TERCERO	16	21,6	7	9,5	6	8,11	12	16,2	6	8,1	47	63,51
Totales:	22	29,7	9	12	8	10,81	22	29,7	13	17,6	74	100

De acuerdo al número de gestaciones de las pacientes fallecidas, la tabla 4, señaló que el 28% correspondieron a mujeres primigestas y 50 % a pacientes que tenían de 2 a 4 gestaciones.

Tabla 4. Distribución según Número de gestaciones y por Año. Muertes Maternas. Hospital Central de Maracay. 2008-2012

	2008		2009		2010		2011		2012			
N° DE GESTACIONES	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	Totales	%
I GESTA	9	12,2	5	6,8	3	4,1	8	10,8	3	4,1	28	37,8
2 a 4 gestas	10	13,5	4	5,4	4	5,4	11	14,9	8	11	37	50,0
5 a 10 gestas	2	2,7	0	0	1	1,4	3	4,1	1	1,4	7	9,5
no reportado	1	1,35	0	0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	2	2,7
Totales:	22	29,7	9	12	8	10,8	22	29,7	13	18	74	100,0

En cuanto al número de controles prenatales, se evidenció un 51,4 % de gestantes controladas (5 ó más controles), 24,3% pacientes no controladas (menos de 4 controles) y un 24,3 % que no se encuentra registrado en la historia clínica de la paciente. (Tabla 5)

Tabla 5. Distribución según Número de Controles Prenatales y por Año. Muertes Maternas. Hospital Central de Maracay. 2008-2012

CONTROL PRENATAL	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	TOTAL	TOTAL%
CONTROLADAS	9	12,2	4	5,4	6	8,1	15	20,3	4	5,4	38	51,4
NO CONTROLADAS	7	9,5	2	2,7	1	1,4	3	4,1	5	6,8	18	24,3
NO REPORTADAS	6	8,1	3	4,1	1	1,4	4	5,4	4	5,4	18	24,3
TOTALES:	22	29,7	9	12,2	8	10,8	22	29,7	13	17,6	74	100,0

El momento obstétrico en que ocurrieron las MM, se representa en la tabla 6 donde se apreció que un 67% de mujeres que fallecieron, se encontraba en puerperio inmediato.

Tabla 6. Distribución según el Momento Obstétrico de la Muerte Materna y por Año. Hospital Central de Maracay. 2008-2012

	2008		2009		2010		2011		2012		Totales	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	Totales	%
Preparto	5	6,8	1	1,4	0	0	2	2,7	1	1,4	9	12,2
Puerperio Inmediato	9	12,2	7	9,5	8	10,81	17	23	10	14	51	68,9
Puerperio Tardío	8	10,8	1	1,4	0	0	3	4,05	2	2,7	14	18,9
Totales:	22	29,7	9	12	8	10,81	22	29,7	13	18	74	100,0

Fuente: Historias Médicas. Dpto. de Registros y Estadísticas de Salud. Hospital Central de Maracay.

Las causas de MM, se representan en la tabla 7. En primer lugar, están los SHE, con un 36,5% de frecuencia en el total del período estudiado. En segundo lugar los cuadros de sepsis. En este caso, las muertes por sepsis con 24%. Luego están las patologías hemorrágicas, 24%; de las 18 pacientes, 6 de las hemorragias, fueron por atonía uterina, conformando un 31,6 % del total de las muertes por hemorragia y 7,8 % de las causas de muerte en general.

Tabla 7. Distribución según la Causa de Muerte Materna y por Año. Hospital Central de Maracay. 2008-2012

Causa de Muerte	2008		2009		2010		2011		2012		Totales	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
SHE	8	10,8	5	6,8	2	2,7	10	13,5	2	2,7	27	36,5
Sepsis	9	12,2	3	4,1	1	1,4	5	6,76	6	8,1	24	32,4
Hemorragias	4	5,41	0	0	4	5,4	5	6,76	5	6,8	18	24,3
Otros	1	1,35	1	1,4	1	1,4	2	2,7	0	0,0	5	6,8
Totales:	22	29,7	9	12	8	10,8	22	29,7	13	17,6	74	100,0

En la población estudiada, 34 casos (46%) tenían patologías asociadas, de las cuales la obesidad y las cardiopatías fueron las más frecuentes, con 7,8% y 6,5% respectivamente, colagenopatías: 3 casos 3.9%), varicela y HIV con dos casos cada una, alcanzando el 2,6%. 21 casos (28,3%) se presentaron con otras patologías en menor número, como se puede ver en la tabla 8:

Tabla 8: Distribución según otras Patologías asociadas de las Pacientes con Muerte Materna expresadas en porcentaje. Hospital Central de Maracay. 2008-2012

PATOLOGIA	N°	%	PATOLOGIA	N°	%
COLECISTOPATIA	2	2,7	ESPINA BIFIDA	1	1,3
ECV	2	2,6	COLAGENOSIS	2	2,6
HIV	2	2,6	PANCITOPENIA	1	1,3
CACUELLOUTERINO	1	1,3	ECV	2	2,6
PANCREATITIS	1	1,3	PIELONEFRITIS	1	1,3
ANEMIADREPANOCITICA	1	1,3	CONVULSION	1	1,3
HIPERTIROIDISMO	1	1,3	IRA	1	1,3
GUILLANBARRE	1	1,3	COLESTASIS	1	1,3

La Tabla 9 señaló la ubicación hospitalaria donde ocurrió la Muerte Materna, siendo la UCI, el lugar donde ocurrió la mayor parte de las MM.

Tabla 9. Distribución según la Ubicación Hospitalaria de la Muerte Materna y por Año. Hospital Central de Maracay. 2008-2012

2008	2009	2010	2011	2012
------	------	------	------	------

Ubicación Hospitalaria											Totales	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		%
UCI	8	10,8	7	9,5	3	4,1	7	9,5	8	10,8	33	44,6
Emergencia Obstétrica	4	5,4	2	2,7	5	6,8	6	8,1	0	0	17	23,0
Recuperación	3	4,1	0	0	0	0,0	5	6,8	3	4,05	11	14,9
Emergencia Adultos	5	6,8		0	0	0,0	3	4,1	0	0	8	10,8
Servicio Medicina Interna	2	2,7	0	0	0	0,0	1	1,4	2	2,7	5	6,8
Totales:	22	29,7	9	12,2	8	10,8	22	29,7	13	17,6	74	100,0

De las 33 (44,6%) pacientes que fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), 29 (87%), ingresaron sin demoras. 5 (15%) de las pacientes tuvieron una demora de más de 5 horas para poder ingresar a dicha Unidad. El mayor número de muertes en UCI, fue 11 fallecimientos por sepsis (33,3%) y 9 fallecidas por SHE (27, %).

Con respecto a los días de hospitalización, el porcentaje de pacientes que murieron antes de 24 horas, fue del 43,2%, que equivalen a 32 de las 74 muertes totales, 24(31,2%) murieron entre 1 y 5 días, 8 (10,8%) entre los 6 y 10 días. Las 8 pacientes restantes (14%), murieron después de los 11 días.

A 64 (87%) pacientes fallecidas, se les realizó autopsia clínica, cuyos resultados coincidieron en un 70,3% con el diagnóstico clínico de los casos, 12,2% no coincidieron y no se realizó autopsia en HCM a 10 (13,5%) de las pacientes fallecidas. No se consiguieron 2 protocolos de autopsia, como se mostró en la tabla 10.

Tabla 10. Autopsia Clínica de las Pacientes con Muerte Materna
Hospital Central de Maracay. 2008-2012

Resultado Autopsia	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	TOTALES	%
Coincidentes	15	20,3	6	8,1	6	8,1	13	17,6	12	16,2	52	70,3
No Coincidentes	4	5,4	1	1,4	2	2,5	2	2,7	0	0,0	9	12,2
No realizadas	3	4,1	2	2,7	0	0	5	6,8	1	1,4	11	15,3
Ausencia Protocolo	0	0,0	0	0	0	0	2	2,7	0	0,0	2	2,7
Totales:	22	29,7	9	12	8	33,1	22	29,7	13	17,6	74	100,0

La Tabla 11, informó acerca de la causa de MM, según la autopsia clínica:

Tabla 11. Causa de Muerte Materna según la Autopsia Clínica.
Hospital Central de Maracay. 2008-2012

Autopsia Clínica	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	TOTALES	%
SHE	7	10,9	2	3,1	1	1,6	6	9,4	1	1,56	17	26,6
NEUMONIAS	3	4,69	4	6,3	0	0,0	1	1,6	1	1,56	9	14,1
HEMORRAGIAS	1	1,56	0	0,0	2	3,1	3	4,7	4	6,25	10	15,6
CARDIACAS	0	0	1	1,6	0	0,0	4	6,3	0	0,00	5	7,8
SEPSIS	4	6,25	0	0,0	1	1,6	0	0,0	4	6,25	9	14,1
OTROS	6	9,38	0	0,0	2	3,1	4	6,3	2	3,13	14	21,9
Totales:	21	32,8	7	10,9	6	9,4	18	28,1	12	18,75	64	100,0

7 casos, (9,46%) no fueron concluyentes, ya que el protocolo de autopsias, no especificaba ninguna característica propia del diagnóstico clínico. 4 casos (5,41%) de las autopsias no fue concluyente, ya que no se abrió el cráneo, que era necesario para establecer el diagnóstico definitivo, y en 3 casos 84,1%9, no coincidió el diagnóstico de la autopsia clínica: un caso de preclamsia grave, tenía diagnóstico de sepsis, otro con neumonía y sepsis, diagnóstico de infarto pulmonar, otro donde no había útero, necesario para establecer un acretismo placentario.

En el 14,9% los casos donde no se realizó autopsia en el HCM, se evidenció que el 10,4% se realizó en el Cuerpo de Investigaciones Científicas Penales y Criminalísticas (CICPC) del estado Aragua; el 4,1 %, a quienes no se realizó corresponde a tres pacientes: dos casos HIV positivas y no había Kit de protección. El otro caso, no tenía justificación. En dos casos, (2,7%) no se encontró el protocolo de autopsia. (Tabla 12)

Tabla 12. Autopsias no realizadas en el Hospital Central de Maracay. 2008-2012.

	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	TOTALES	%
CICPC	1	1,4	1	1,4	1	1,4	2	2,7	2	1,35	8	8,1
No se realizó autopsia	1	1,4	0	0	1	1,4	2	1,4	0	0	2	4,1
Totales	2	5,4	1	1,4	2	2,7	4	4,1	1	1,35	10	14,9

DISCUSION.

La mortalidad materna refleja la magnitud de un problema de salud pública, su ocurrencia evidencia aspectos de cobertura y calidad de los servicios de salud, como son: el acceso a métodos de planificación familiar, la detección y tratamiento adecuado de complicaciones, así como la referencia oportuna de las mujeres al hospital resolutivo; de

tal forma que la gran mayoría de estas defunciones son consideradas como evitables. Por tal motivo, la disminución de la mortalidad materna es uno de los objetivos principales del Sector Salud¹⁹, lo cual responde también al compromiso asumido por muchos países como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de reducir el indicador asociado de 1990 a 2015 en tres cuartas partes.

Los resultados del estudio, con respecto al número de muertes maternas se corresponde con las cifras de Corposalud en el Estado Aragua, donde coincide la menor tasa, en el año 2010, manifestándose que esta reducción se debe a las políticas de estado, Misión Niño Jesús²⁰, cuando se iniciaron una serie de acciones dirigidas a mejorar el control prenatal, incrementándose en número de locales de salud y de personal médico y de enfermería, para la mejor atención de la salud materna. Sin embargo, en los años siguientes la cantidad de muertes maternas se han se ha elevado, y se mantienen en cifras alarmantes. De igual modo se evidencia que el número de Muertes Maternas directas, prevaleció, en todos los años estudiados, y coincidente con estudios, un poco antiguos ^{21,22} donde también las muertes directas son las más numerosas, y evitables, aunque éste último señala como primera causa a las sepsis, por aborto clandestino. Las muertes maternas directas, son un reflejo del fracaso en la conducta y tratamiento de las pacientes, ya que estas son las que teóricamente, son evitables. Entran en juego factores generalmente Institucionales y Políticas de estado, ya que en muchas ocasiones no es posible atender los casos graves por carecer de recursos tales como medicamentos, turnos quirúrgicos, cupos en terapia intensiva, dotación en Hospitales aledaños, que se ven en la necesidad de referir pacientes en mal estado, porque ellos no cuentan de igual forma con los recursos necesarios. Se produce entonces la muerte Institucional²³, (no hospitalaria) en casi todos los casos que ingresan en muy malas condiciones.

De acuerdo al lugar de procedencia de las pacientes que fallecieron, se tiene que relativamente, tomando en cuenta la población de mujeres en edad fértil, el municipio Zamora, es el que tiene el mayor número de muertes y murieron en las primeras 24 horas de su ingreso debido a la gravedad de su estado.

En este estudio, el mayor porcentaje de pacientes, fueron referidas de diferentes centros de Salud del Estado, mayormente del Hospital “José María Benítez” de la Victoria. generalmente en estado muy grave. En el estudio del Hospital Carabobo²⁴, hubo un 66,67 de muertes en el puerperio inmediato y de casos referidos, y murieron en un lapso menor de 12 horas, coincidiendo con la casuística del HCM, con similares resultados, con 45 %

de muertes, con menos de 1 día de hospitalización. Se destaca entonces el hecho de que las MM, en gran medida no son de pertenencia del HCM, (Hospitalarias) .Generalmente son pacientes que provienen de establecimientos de menor complejidad, donde por sus características no puede ofrecerse la atención adecuada, o de otro hospital, tipo III que carece en su momento de condiciones para resolver el caso, por no haber insumos, no está trabajando el servicio de UCI, o no hay personal suficiente en alguna de las áreas, o falta de ambulancia operante para un traslado oportuno, en fin todo una serie de causas de orden institucional que contribuye a aumentas las estadísticas de MM. En ocasiones, el paciente proviene directamente de su hogar, cuando ya es difícil su tratamiento. Aquí se pudiera señalar, las demoras en la atención al paciente, establecidas en la autopsia verbal, la cual considera las circunstancias externas a los servicios de salud que rodearon la muerte. A este respecto, se propuso un modelo, donde establece que: "...para reducir la Mortalidad Materna, no es suficiente que los servicios de salud funcionen eficientemente, ya que las mujeres enfrentan una serie de barreras para poder acceder a ellos y utilizarlos..."²⁵. Este modelo considera las tres demoras: 1- Demora en tomar la decisión de buscar ayuda, 2- demora en llegar a la institución y 3- Demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución. Como puede verse, estos son factores que influyen fuertemente en la evolución y llegada de pacientes al HCM en estado crítico en las cuales puede ser tarde para poder brindar la ayuda y tratamiento adecuados, sobreviniendo entonces la muerte.

Con referencia a las edades de las pacientes fallecidas, en este estudio, se mantuvo entre los 15 y 34 años, con un registro menor en el grupo de 20 a 24 años, difiriendo esta cifra con los datos de la OMS, en donde se señala que el mayor riesgo de complicación y muerte corresponde al grupo de las jóvenes adolescentes, pero coincide con estudios realizados en el estado Carabobo, Venezuela²⁴, donde se reporta para el 2010 mayor mortalidad en el grupo de 20-34 años. Venezuela, en uno de los países con mayor cantidad de embarazo precoz, considerado de alto riesgo, por las complicaciones especialmente con SHE, desnutrición, mayor número de cesáreas y otros, lo cual es consecuente con los resultados del estado Carabobo.

Para el mismo autor, la edad gestacional en un 50% fue I gestas, y en este estudio, fue un poco menor. Las primigestas, oscilaron entre los 19 y los 30 años, correspondiéndose con un grupo de bajo riesgo según la edad. Sin embargo hay que destacar, que los SHE, pueden presentarse, con una frecuencia del 10% en el primer embarazo atendiendo

especialmente al factor inmunitario paterno y cuando se presenta en edades extremas de la vida. De la misma manera, se aprecia que la mayor parte de las muertes, ocurrió entre la semana 35 y 39 semanas, coincidiendo nuevamente con el autor anterior²⁴, del Hospital Carabobo, para el 2010, con muertes entre las semanas 37 y 41. Además, en este estudio, las madres que fallecieron tenían algunas entidades tales como Insuficiencia renal aguda por hemorragia, neumonías, tromboembolismo del líquido amniótico, sepsis, que complicaron el embarazo ocurriendo la MM. Es frecuente que para las últimas semanas de embarazo aparezcan complicaciones que deben ser detectadas oportunamente, para actuar en consecuencia y por esa razón es que el control prenatal es más frecuente durante las últimas semanas de la gestación, lo cual puede evitar en gran parte la aparición de muertes maternas directas.

Con relación al control prenatal, aunque el estudio arroja que un poco más de la mitad de las pacientes fallecidas tenían un número de controles mayor de cinco es de hacer notar que es importante el número de pacientes que no tenían control prenatal, que tenían menos de 4 consultas o no estaba reportado en la historia clínica, dejando la duda: se controló o no?, También sería importante investigar, si la calidad de dichos controles son efectivos?. Actualmente hay una eventualidad, donde personal no egresado de Universidades clásicas, realizan una pasantía rural, donde gran cantidad de mujeres controlan su embarazo, pero no es conocido, si realmente es un procedimiento adecuado; ya que según la OMS, 800 pacientes fallecen diariamente, y el 80% de esas muertes pudieran evitarse, con un buen control prenatal. OMS²⁶, señala que en Venezuela, el 40% de las gestantes, no supervisan su embarazo, situación considerada como un embarazo de alto riesgo obstétrico, por el desconocimiento médico de complicaciones que pueden llevar a la MM.

En febrero de 2004, hubo una declaración conjunta en Usaquen²⁷, auspiciada por la OMS: “La Mortalidad Materna es Evitable” y en sus conclusiones destaca el llamado a las Naciones de Latino América, para invertir más recursos económicos en la creación de mejor sistema de salud, con el monitoreo de su funcionamiento en función de costos y sostenibilidad. Efectivamente, la OMS, señala que uno de los objetivos principales del trabajo de salud pública, es: “aumentar la esperanza de vida de las poblaciones en las mejores condiciones de salud posibles. Por tanto, es importante conocer y monitorear las tendencias de la mortalidad en todas las edades”.

Con respecto al momento obstétrico de la muerte, el mayor porcentaje correspondió a mujeres en puerperio inmediato, el cual representa uno de los períodos más delicados, donde la mayor parte de las complicaciones, son por hemorragias uterinas, o por lesiones en el canal blando del parto²⁸, sin embargo en este estudio, la mayor cantidad de muertes, fueron por SHE.

Continuando, se evidenció que la primera causa de muerte, para el período estudiado, en general, fue el SHE, seguido por los síndromes hemorrágicos y finalmente la sepsis. Pero de manera particular, por año, se reveló en el año 2010 que los síndromes hemorrágicos ocuparon el primer lugar, así como el en año 2011 y 2012, la sepsis ocupó el primer lugar fue la sepsis, y en los años 2008 y 2009, hubo, dentro de las sepsis, 7 casos de neumonía, coincidiendo con México²⁹, donde también se registró para el año 2009, un aumento de MM por neumonías. Para el año 2011, se destacó como causa de muerte los casos de hemorragia obstétrica, y un caso de dengue hemorrágico. Coincidiendo con autores cubanos³⁰, en este año, fue la primera causa de muerte, al igual que en el período estudiado. La hemorragia Obstétrica, alcanza el 25% de las causas de MM en el mundo, a pesar de las variaciones que puedan encontrarse en una región o un período de tiempo, luego le sigue los SHE y las Sepsis, coincidiendo con las tres primeras causas de MM, incluso en los países desarrollados. Sin embargo, en el HCM los SHE, ocuparon el primer lugar.

Se registraron como patologías coexistentes, 34 pacientes, (44%), de las cuales 6 (7,8%) eran obesas, coincidiendo con varios autores^{31,32,33}, que afirman que la obesidad representa una condición que puede agravar un embarazo, o complicarlo ante la aparición de otras condiciones, tal como los SHE y diabetes.

También, se encontró en este estudio, 5 pacientes cardiópatas, que representan el 6,5 %, de las pacientes. El sistema cardiovascular, debe adaptarse a los cambios que genera el embarazo, los cuales son tolerados perfectamente en pacientes sanas. Pero si existe una cardiopatía de base, ya este organismo puede presentar complicaciones, cuya gravedad variará de acuerdo a la lesión preexistente. Se señala la necesidad de consejo y orientación preconcepcional, tomando en cuenta los riesgos tanto maternos como fetales de la mujer cardiópata embarazada³⁴. Las mujeres embarazadas con cardiopatías, especialmente las congénitas tienen una tendencia a aumentar, ya que cada vez más, la vigilancia y tratamiento de su afección, permite que alcance la edad de procrear, aumentando por lo tanto la complicación en un embarazo. En general, se considera que

las cardiopatías complican el 1% de todos los embarazos³⁵. En este contexto, se hace necesario, insistir en la creación de la Consulta preconcepcional, ya que en este período de tiempo estudiado se pudo evidenciar mujeres con patologías que realmente hicieron peligrar sus vidas, y que probablemente, nunca debieron embarazarse.

Por otra parte, con respecto a la ubicación hospitalaria donde ocurrió la muerte, se evidenció que la mayoría de las pacientes murieron en UCI (Unidad de Terapia Intensiva) del HCM. Siendo la sepsis la principal causa de muerte, con 35,3 % de las pacientes que murieron en esa unidad, lo cual coincide con la Sociedad Venezolana de Medicina Critica, donde se menciona que la sepsis severa y shock séptico, representan un grave problema y a pesar de los avances médicos, la mortalidad por sepsis sigue siendo inaceptablemente alta³⁶. Seguida de los SHE y las Hemorragias. En este aparte, se señala, que un 84% de pacientes graves, ingresaron a la UCI, sin demora alguna, y el resto tuvieron demoras de más de 5 horas. Cabe destacar, que sería interesante cotejar esta investigación con las vidas salvadas, es decir, las pacientes obstétricas que ingresan a la UCI, y egresan en mejores condiciones de salud, y así integrarlas nuevamente a la sociedad. La UCI, tiene un papel muy importante ya que cuenta con personal médico y de enfermería, especialmente capacitados y entrenados para hacer frente al paciente grave, con los procedimientos, medicamentos, equipos adecuados. Los SHE, y las hemorragias, en la UCI, siguen coincidiendo con las causas de muerte general, en la MM del HCM.

En el servicio de Emergencia Obstétrica, piso 1, del HCM, donde el mayor porcentaje estuvo representado por el SHE, seguido por las hemorragias obstétricas, por atonía uterina, En esta situación, especialmente las pacientes con SHE, y otros diagnósticos como: sepsis, insuficiencia renal crónica, tromboembolismo de líquido amniótico, taponamiento cardíaco, hepatitis y una neumonía, donde se sigue evidenciando la prevalencia de las causas generales de MM, en el mundo. Algunas fueron pacientes referidas de otros centros, donde se apreció demora en llegar a la institución, coincidiendo con lo que ocurre en México³⁷, donde se destaca que cuatro de cada 10 mujeres con una emergencia obstétrica ponen en riesgo su vida por “ir de un lugar a otro” hasta encontrar un lugar donde puedan ser atendidas. Situación que se vive con frecuencia en Venezuela. Con respecto a las hemorragias, las muertes se sucedieron en el servicio de recuperación postoperatoria, las cuales componen el 25% de la causa de MM, y en la emergencia obstétrica la hemorragia postparto, es la más agresiva, coincidiendo con la opinión de autores mexicanos quienes manifiestan que se presenta con tanta rapidez que en la

mayoría de las ocasiones. Los recursos para contrarrestarlas, frecuentemente no son suficientes³⁸ En el HCM, se ha instaurado el llamado “Codigo Rojo”, que ha contribuido a tratar y a evitar las MM.

Las pacientes que murieron en Emergencia de Adultos, fueron 10 casos, que llegaron al HCM en tan graves condiciones, que no dio tiempo a su traslado a la Emergencia Obstétrica, piso 1, como fue un caso de herida por arma de fuego y otro por accidentes de tránsito, los que por ser hechos violentos, no entran en el estudio, pero es conveniente señalar, que en Colombia, en el año 2005, la MM, por homicidio y suicidio ocupó la tercera y cuarta causa de muerte, ocurriendo el homicidio en el hogar, lo cual se ha relacionado con la violencia familiar³⁹. En Venezuela, son hechos que podrían incrementar la MM, ya que la inseguridad reinante en el país no discrimina las personas que serán asaltadas. dos casos de sepsis por neumonía, y uno de punto de partida ginecológica, 2 casos terminales de Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, un síndrome de Guillan Barré, en insuficiencia respiratoria, un tromboembolismo pulmonar, un embarazo ectópico roto, y un SHE, en tan malas condiciones, que fue imposible evitar la muerte.

En el servicio de Medicina Interna, murieron pacientes, que debido a la naturaleza de su patología asociada, fueron asumidas por ese servicio, tales como: neumonía de focos múltiples, hemorragia digestiva superior, insuficiencia renal aguda, esclerodermia, y aborto séptico y un tumor renal e insuficiencia renal aguda. Como se puede apreciar, las muertes 17 ocurridas en los servicios de medicina interna y emergencia de adultos, fueron casos muy graves, que difícilmente se hubieran salvado, y en su mayoría, ingresaron al HCM en muy malas condiciones.

A la mayoría de las pacientes fallecidas, les realizó autopsia en el HCM, alcanzando un buen record, ya que en Instituciones como la Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera”, desde hace más de 20 años, no se realizan autopsias, por falta de equipos, tales como las cavas para conservar los cuerpos⁴⁰. Los resultados, coincidieron en gran parte con el diagnóstico clínico planteado, mientras que otras Instituciones, refieren que las variaciones de las discrepancias oscilan entre 6% y 40%⁴¹, donde se indica que esta falla se debe a una inadecuada semiología clínica. Otro autor presenta discrepancias que alcanzan un 57%, y declara que “es necesario realizar necropsias con el fin de documentar de manera más definitiva el control de calidad del ejercicio de la medicina”⁴². Estudios consultados indican que cada vez más, descienden el número de autopsias en los hospitales del mundo, y que el resultado alcanza a veces un 60% de imprecisión con

respecto al certificado de defunción y causa de muerte^{17,19}. Como se puede apreciar, a pesar de las dificultades del servicio de Anatomía Patológica del HCM, a la mayoría de las fallecidas se les ha practicado la autopsia, con un elevado porcentaje de coincidencia entre el diagnóstico y la autopsia clínica, a pesar de las limitaciones por las que ha pasado el Servicio de Anatomía Patológica en los últimos años, tales como cierre del servicio, falta de insumos y en algunos casos falta de personal calificado para la labor que allí se realiza. Los cadáveres, que se enviaron al CICPC, fué por ser hechos médico-legales y otros por no haber en el momento, condiciones para realizar el procedimiento en la Institución.

CONCLUSIONES

Es evidente que las cifras de MM en el HCM, son elevadas, representan un indicador que expresa dificultades en las políticas de salud de la nación y del estado. En general, a lo largo del estudio se ha podido observar una serie de problemas, que tienen su inicio en la falla de atención a nivel primario, donde los médicos rurales, recién graduados, sin ninguna experiencia, son los encargados de identificar los embarazos de alto riesgo; y peor aún, atendidas por el personal que fue formado como trabajadores comunitarios; luego, en aquellos establecimientos que cuentan con especialistas, y donde se podría resolver un caso oportunamente, es imposible debido a la falta de insumos y equipamiento medico-quirúrgicos en los ambulatorios, lo cual hace que no puedan atender a ningún paciente grave, y por consiguiente una mujer en trabajo de parto que se les complique, teniendo entonces el drama de no contar con hemoderivados, no poder atender en un quirófano, o no poder contar con una ambulancia para trasladarla oportunamente a un centro donde si puedan atenderla, con la circunstancia de que a veces, sitio de referencia, tampoco puede resolver, refiriendo a un segundo lugar de referencia, el cual suele ser el HCM, donde llega en peores condiciones y contribuye al incremento de pacientes, ya de por sí numerosos, que esperan ser atendidos, que también tienen emergencias, colapsando así, el servicio que se presta en esta Institución.

Hay pacientes, que por alguna condición patológica importante, tal como diabéticas, neumopatías, cardiopatas, enfermedades del colágeno, HIV o alguna otra condición crónica, no debería embarazarse. Pero no existen consultas preconcepcionales, que hagan la orientación necesaria, para evitar una muerte por complicación del embarazo y parto.

Por otra parte, una vez que la paciente ha llegado al hospital, es posible que deba esperar, ya que tiene otras pacientes, también con emergencias que deben ser atendidas, y luego, en virtud de que en el HCM el momento de ingreso es atendido por residentes de primer año, profesionales recién graduados, y la mayoría proviene de la Universidad de Carabobo y Rómulo Gallegos, que son Instituciones educativas de una clásica trayectoria con un excelente pensum de estudios, lo que garantiza los conocimientos teóricos y prácticos de los egresados, es evidente que carecen de la experiencia necesaria para detectar los factores de riesgo de morir que tienen las pacientes que ingresan.

Cuando las pacientes han ingresado, en cualquiera de las etapas de preparto, intraparto o postparto puede complicarse, ameritando ingreso en la UCI, lo cual en los actuales momentos, y desde la mitad del 2013, cuenta solo con dos camas, que siempre están ocupadas, obviamente, por el la gran demanda que representa el caudal de pacientes del Hospital. Y, en ese caso, no se cuenta con un ambiente adecuado de atención intermedia para dichas pacientes, que cuente con el personal médico específico de esa área, conformando un equipo interdisciplinario de atención, sino que la paciente grave permanece en el lugar común de los pacientes normales, o en caso de extrema gravedad, y cuando amerita asistencia respiratoria, se coloca (si se puede) en el área de recuperación.

Cuando ocurre un fallecimiento, es necesario efectuar la autopsia. El servicio de Anatomía Patológica ha tenido que suspender sus actividades en varias oportunidades, por diferentes situaciones, como cavas dañadas, cadáveres en descomposición, contaminación del área, falta de equipos importantes como la sierra de aperturar cráneo. Lo cual interfiere con el buen desempeño de ese servicio. A pesar de estas circunstancias, el número de autopsias realizadas, el porcentaje de concordancias, sugieren el alto grado de excelencia del trabajo clínico del HCM

Por todo lo antes expuesto, enuncio las siguientes recomendaciones:

RECOMENDACIONES

- 1) Es necesario vigilar mejor el sistema del control prenatal, formando especialistas capaces y que estén dispuestos a llegar hasta los más lejanos lugares.
- 2) Dotar a los centros de salud de todos los equipos, implementos y personal, para llevar a cabo una vigilancia y acciones de salud eficaces.
- 3) Dotar de medios de transporte adecuados, para los traslados oportunos y de emergencia.

- 4) Desarrollar una campaña educativa, aún más intensa y efectiva, acerca de la importancia del control prenatal.
- 5) Trabajar en la creación de la consulta pre-concepcional, a fin de ubicar a aquellas mujeres, que posean una patología básica, y que por su naturaleza puedan llegar a complicarse y morir por la presencia de un embarazo.
- 6) Vigilar la dotación de Hospitales, con insumos y equipos, más camas y equipos para UCI, mejor funcionamiento de los quirófanos, del banco de sangre, del servicio de laboratorio de modo que pueda resolverse oportunamente, las pacientes que ingresen o que se compliquen en el Hospital Central de Maracay.
- 7) Insistir en la educación médica, en especial en el programa de Obstetricia y Ginecología, para que la admisión obstétrica esté estrechamente vigilada por especialistas en Obstetricia, que supervisen y entrenen a los residentes, especialmente en la identificación de factores de riesgo de morir, en cada paciente que ingresa.
- 8) Vigilar y ejecutar la intercomunicación entre las instituciones hospitalarias para optimizar el sistema de referencias.
- 9) Mejorar la situación del Servicio de Anatomía Patológica, donde desde hace muchos años, faltan algunos instrumentos de trabajo, especialmente la sierra para abrir el cráneo de los cadáveres, con lo cual quedan gran cantidad de casos, sin el diagnóstico final.
- 10) Fundar la Unidad de Cuidados Obstétricos Intermedios, en un área especial de la emergencia obstétrica, donde se pueda atender a los casos críticos, bajo el cuidado de Medicina Interna, con equipos, laboratorio y personal capacitados, con el aislamiento necesario para proveer tranquilidad a la paciente, para lograr una óptima atención.
- 11) Como Hospital Universitario, incentivar la investigación en el HCM, promover Congresos, Encuentros Científicos, y todas aquellas actividades que contribuyan a elevar la calidad asistencial, científica y académica de todo el personal que labora en el área de la salud.

AGRADECIMIENTOS: Al Dr. Carlos Espino, Profesor de la Universidad de Carabobo, quien me condujo desde el inicio de la investigación aportando sus conocimientos en estadística, al Dr. Miguel Sánchez, quien facilitó el acceso al servicio de Epidemiología, y

al Dr. Gerardo Sánchez, Epidemiólogo del Hospital Central de Maracay, cuyos conocimientos en el área, fueron importantes en la realización de este trabajo. Al igual, deseo agradecer a la Sra. Anny Gil y la Sra. Zuleyma Urrutia, quienes amablemente facilitaron al acceso a la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- **Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud.** Conexos.10ª revisión. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1995.
- 2- **Propuesta de Indicadores Básicos para el monitoreo de la Situación de la Salud de las Mujeres.** Organización Panamericana de la Salud. 2003
http://paho.org/spanish/HDP/HDW/propuesta_indicadoresOPS.pdf
Consultado 28-03-2011
- 3- **La Mortalidad Materna en Venezuela.** Fundación Escuela de Gerencia Social. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Caracas, agosto de 2006
- 4- **Tendencias Demográficas y de Mortalidad en la Región de las Américas, 1980-2000** Boletín Epidemiológico, Vol. 23 No. 3, septiembre 2002 documento de Internet. Consultado 02/02/2013. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/sha/be_v23n3-editorial.htm
- 5- Indexmundi. **Venezuela. Tasa de Mortalidad Materna**
http://www.indexmundi.com/es/venezuela/tasa_de_mortalidad_materna.html
Consultado 02-02-2013
- 6- **Desde el sobrepeso hasta la pobreza**
EEUU: Mortalidad materna se duplicó en 20 años
Por: **Agencia IPS** | Domingo, 21/03/2010 07:36 AM Consultado el 09-06-13
- 7- Herrera, M., **Mortalidad Materna en el Mundo.** Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [revista en la Internet]. 2003 [citado 2013 Jun 19]; 68(6): 536-543. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000600015>. Consultado 09-06-13
- 8- Fernández, S., **La mortalidad materna y el aborto en México.** Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2013 Jun 19]; 69(1): 77-80. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000100011&lng=es. Consultado 09-06-13

- 9- Arguello, I., **A diario, dos muertes maternas**. Documento de Internet. Consultado 09-06-13
Fuente: www.contralinea.com.mx Periodismo de investigación 10. mayo, 2012.
- 10- Dávila, F. **Mortalidad Materna en el Hospital Universitario de Coro “Dr. Alfredo Van Grieken” Estado Falcón, Venezuela**. Revista Comunidad y Salud. Año 3012, vol. 10 N°1 Ene-Jun. Consultado 09-06-13
- 11- Durán, I. **Mortalidad Materna en la Maternidad “Concepción Palacios”: 2001-2008**. Rev Obstet Ginecol Venez 2011; v.71 (1): 13-20 Caracas, Venezuela. Consultado el 02-02-13.
- 12- **Uzcátegui O., Toro J. Metas del Milenio y Salud Materna**. Rev Obstet Ginecol Venez v.69 n.1 Caracas mar. 2009.
- 13- Ocanto, L. **Análisis de la Mortalidad Materna Hospitalaria Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda**. Barquisimeto. Estado Lara.2005. email :olaydes@gmail.com
- 14- Mazza, M. **Mortalidad Materna. Análisis de las tres demoras**. Rev Obstet Ginecol Venez [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2013 Jun 21] ; 72(4): 233-248. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400004&lng=es.
- 15- Sloan, N., **Etiología de la Mortalidad Materna en los Países en Desarrollo. ¿Qué Valor Tienen las Autopsias Verbales?** México, 2002. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, N° 6. 2002.
- 16- Estébanes, A., **La Autopsia Clínica en la Web: Aspectos Generales**. Revista Española de Patología. Vol. 36, N° 3, 2003. Documento de Internet. Consultado: 24-06-13
- 17- Hurtado, J., **Evaluación de la calidad de los Diagnósticos Premorten en Autopsias**. Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Amejeiras”. La Habana, Cuba. 2003. Documento de Internet. Consultado: 24-06-13
- 18- Arce, F., **Importancia Actual de la Historia Clínica**. Hospital Universitario “Marquéz de Valdecilla. Santander. Curso de Autopsia. TEAP, Zaragoza. Mayo 2011. Documento de Internet consultado el 24-06-13. Disponible: www.seapcongresos.com/2011/
- 19- **Gobierno de México. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se emite el Manual de Procedimientos para la Búsqueda Intencionada y reclasificación de las Muertes Maternas**. 2012.Documento de Internet. Consultado: 24 -06-13. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx>.
- 20- Agencia Venezolana de Noticias. **La tasa de Mortalidad materna disminuyo 52% en Aragua para el 2010**. 07-01-2011. Corposalud estado Aragua.
- 21- Raydel, A. **Mortalidad Materna: Algunos Factores a considerar**. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.1998;24(2);80-5
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v24n2/gin04298.pdf>. Consultado 03/03/2013
- 22- Brito, J.et al. **Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”: 1982-1991**. Rev Obstet Ginecol Venez [revista en la Internet]. 2007 Ene [citado 2013 Mar 03] ; 67(1): 31-39. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000100007&lng=es
- 23- Flores. M **Estándares para la Planificación y Evaluación de Hospitales, Venezuela. 2010**. Consultore y Asesores en Gestión Salud (Oficina Verbal Venezuela) Documento de Internet consultado el 31/07/13.
- 24- Faneite P., **Mortalidad materna: tragedia prevenible ¿Hemos avanzado?**. Rev Obstet Ginecol Venez [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2013 Mar 08] ; 70(1): 24-30.
Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322010000100005&lng=es
- 25- Vélez, G. Et.al. **Modelo de Análisis de la Muerte Materna: Camino para la Supervivencia**. Documento de Internet. Consultado el 16/03/2013. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/modelodeanalisidela muerte materna.pdf>
- 26- OMS. **Inadecuado Control Prenatal aumenta la Muerte Materna**. Red de Sociedades Médicas Científicas. Documento de Internet. Consultado el 03/03/2013. Disponible en: <http://www.redandi.org/noticia/inadecuado-control-prenatal-aumenta-mortalidad-materna>

- 27- **Mortalidad Evitable en los territorios priorizados en Usaquen.** 2012. Documento de Internet. Consultado el 09/03/2013. Disponible en: <http://www.hospitalusaquen.gov.co/attachments/article/312/Unidad%20de%20análisis%20Mortalidad%20Evitable.pdf>
- 28- Valdéz, A. **Complicaciones Puerperales.** Revista Ciencias.com. La Habana, 2007. Documento de Internet. Disponible en www.revistaciencias.com/publicaciones Consultado el 27-07-13.
- 29- **Mortalidad Materna en Mexico durante 2009.** Efecto de las infecciones respiratorias agudas.(neumonías e influenza) Documento de Internet. Consultado 03/03/2013. Pagina Web: <http://www.digis.salud.gob.mx>
- 30- Barbon S., Arnaldo et al. **Hemocomponentes en la hemorragia obstétrica mayor.** *Rev Cubana Obstet Ginecol* [online]. 2011, vol.37, n.3 [citado 2013-03-03], pp. 341-348 . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300006&lng=es&nrm=iso. ISSN 0138-600X.
- 31- Luna, G. **Crece la Muerte Materna por Diabetes y Obesidad.** Consorcio para el Dialogo Parlamentario y la Equidad. 2011. Consultado el 08/03/2013. Disponible en: <http://busquedas.gruporeforma.com/reforma/Documentos/DocumentoImpresa.aspx>
- 32- Kababie, M. **Obesidad en el Embarazo.** Clínica de Obesidad de la Unidad Médica de Alta Especialidad. 2009. Documento de Internet, consultado el 08/03/2013. Disponible en: <http://www.sitesmexico.com/notas/2009/agosto/obesidad-embarazo.htm>
- 33- Sanchez, C. **Epidemiología de la Obesidad. Gac.Méd.Méx.Vol 140, Suplemento N° 2, 2004. disponible en:** <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042b.pdf> Consultado 08/03/2013,
- 34- Pijuan, A. **Embarazo y Cardiopatías.** Royal Brompton Hospital. Londres, Reino Unido. *Rev.Esp.Cardiol*.2006;59(9);00-00. Disponible en: <http://lancet.mx/CDs/CD%204/spain/Gatzoulis.pdf> Consultado el 08-03-13.
- 35- Schwarcz, R. **Obstetricia.** Quinta Edicion. Librería Editorial El Ateneo.
- 36- Sociedad Venezolana de Medicina Crítica. **Sepsis en Venezuela.** 2008. Consultado 09/03/2013. Disponible en: http://www.svmc.com.ve/08_sepsis/sepsis.html
- 37- Cruz, G. **Muerte Materna en Alerta.** Cimac. México 2012. Documento de Internet. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/61515>. Consultado 28-07-13.
- 38- Sola, B. **Muerte Materna por Hemorragias, Frecuentes pero Prevenibles.** *Crónica.com.mx*. 2013. Documento de Internet, consultado el 28-07-13
- 39- Equipo Funcional Maternidad Segura. **Protocolo de Vigilancia y control de Mortalidad Materna.** 2011. Instituto Nacional de salud, Colombia. Documento de Internet. Disponible en: <http://www.ipsunipamplona.com>. Consultado el 27-07-13.
- 40- Carvallo,a. **Desde hace 20 años no se hacen autopsias clínica en la CHET.** El Carabobeño, 10 de agosto 2012. Documento de Internet. Consultado el 01-08-13.
- 41- Büguesser, M. **Discrepancias entre Diagnóstico Clínico y Hallazgo de Autopsia.** *Medicina (B. Aires)* [online]. 2011, vol.71, n.2 [citado 2013-08-01], pp. 135-138 . Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802011000200004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0025-7680.
- 42- Valdez, E. **Concordancia entre el Diagnóstico Clínico y el Patológico por Necropsias.** *Salud Pública. Mx.* 1998. Vol. 40 (1):32-37. Documento de Internet. Consultado el 01-08-13.