

Tendencia actual de la mortalidad materna. Maternidad “Concepción Palacios” 2014-2020

 Carlos Cabrera,¹  Jeiv Gómez,²  Pedro Faneite,³  Ofelia Uzcátegui.³

RESUMEN

Objetivo: Analizar la mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios” entre enero de 2014 y diciembre de 2020.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, analítico y retrospectivo de las muertes maternas ocurridas en el periodo 2013-2018.

Resultados: Hubo 73 muertes maternas, y una razón de 135,96 por cada 100 000 nacidos vivos. Las muertes maternas directas fueron 60, el 82,19 % de la población y 13 muertes maternas indirectas el 17,80 %. Las causas de muerte materna directa fueron: trastornos hipertensivos del embarazo 48,33 %, sepsis 26,66 %, y hemorragia obstétrica 23,33 %, con una relación 1:3 de muertes maternas en edades extremas de la vida reproductiva.

Conclusiones: La razón de muerte materna en la Maternidad Concepción Palacios duplica las metas de los objetivos de desarrollo sostenible de la agenda 2016-2030, hay incremento de los trastornos hipertensivos del embarazo como causa directa de mortalidad materna. Prevalció la primiparidad, la ausencia o falta de datos del control prenatal, cesáreas, y el tiempo ingreso-defunción menor a 24 horas.

Recomendaciones: Se necesitan avances en la educación de salud sexual y reproductiva, formación y entrenamiento del personal de salud en morbilidad materna extrema, el análisis por premisas teóricas identificando los determinantes sociales de la mortalidad materna y la realidad sanitaria relacionada con su manejo, implementando políticas públicas preventivas con lineamientos asistenciales específicos.

Palabras clave: Mortalidad materna, Trastornos hipertensivos del embarazo, Sepsis materna, Hemorragia obstétrica.

SUMMARY

Objective: To analyze maternal mortality in the Maternidad “Concepción Palacios” Hospital between January 2014 and December 2020.

Methods: A descriptive, analytical, and retrospective study of maternal deaths occurred in the 2013-2018 period was carried out.

Results: There were 73 maternal deaths, and a ratio of 135.96 per 100,000 live births. Direct maternal deaths were 60, 82.19% of the population and 13 indirect maternal deaths, 17.80%. The causes of direct maternal death were hypertensive disorders of pregnancy 48.33%, sepsis 26.66%, and obstetric hemorrhage 23.33%, with a 1: 3 ratios of maternal deaths at extreme ages of reproductive life.

Conclusions: The maternal death ratio in the Maternidad “Concepción Palacios” Hospital duplicates the goals of the sustainable development goals of the 2016-2030 agenda; there is an increase in hypertensive disorders of pregnancy as a direct cause of maternal mortality. Primiparity, the absence or lack of data from prenatal control, cesarean sections, and admission-death time of less than 24 hours prevailed.

Recommendations: Advances are needed in sexual and reproductive health education, education and training of health personnel in extreme maternal morbidity, analysis by theoretical premises identifying the social determinants of maternal mortality and the health reality related to its management, implementing preventive public policies with specific care guidelines.

Keywords: Maternal mortality, Hypertensive disorders of pregnancy, Maternal sepsis, Obstetric hemorrhage.

¹MD. PhD. Ms.Sc en Bioética, especialista en obstetricia y ginecología. Director del programa de especialización en Medicina Materno Fetal. Maternidad “Concepción Palacios”. Universidad Central de Venezuela. 2. Especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Coordinador de investigación del programa de especialización en Medicina Materno Fetal. Maternidad “Concepción Palacios”. Universidad Central de Venezuela. 3. MD. PhD. Especialista en obstetricia y ginecología. Individuo de número de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. Correo de correspondencia: carloscabreralozada@gmail.com

Forma de citar este artículo: Cabrera C, Gómez J, Faneite P, Uzcátegui O. Tendencia actual de la mortalidad materna. Maternidad “Concepción Palacios” 2014-2020. Rev Obstet Ginecol Venez. 2021; 81(4):342-353. https://doi.org/10.51288/00810407

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna (MM) representa un problema mundial de salud pública, con mayor énfasis en países en vías de desarrollo y en países pobres, lo que ha impulsado a elaborar múltiples programas, esquemas y organigramas dirigidos a minimizar su incidencia

(1). La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el contexto de las metas para el milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), señaló que la región de las Américas debería reducir la mortalidad materna en tres cuartos para el año 2015 (2, 3).

Para el año 2017, se presentaron 295 000 MM en todo el mundo, con una razón de mortalidad materna (RMM) de 211 defunciones maternas (IC: 99 a 243) por cada 100 000 recién nacidos vivos (NV), lo que representó una reducción del 38 % desde 2000, año en el que se calculó una RMM de 342 por cada 100 000 NV (4). Para 2015, la razón de MM (RMM) fue de 239 por 100 000 NV en países en desarrollo, mientras que en los países desarrollados fue de 12 por 100 000 NV (5). Las estadísticas revelan que el riesgo promedio mundial de mortalidad materna a lo largo de la vida para una niña de 15 años en 2017 fue de 1 en 190, casi la mitad del nivel de riesgo en el año 2000, 1 en 100 (5). En ese periodo, las estimaciones puntuales de RMM de Venezuela en los años 2000, 2005, 2010, 2015 y 2017 fueron de 119, 113, 115 y 125 por cada 100 000 NV, respectivamente, con un cambio total de - 5 %, mientras a nivel mundial la reducción fue de 38 % (4).

Entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (6), presentados para la agenda del periodo 2016-2030 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), figura el ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos, a todas las edades. La meta 3.1 de los ODS: de aquí a 2030, es reducir la RMM a nivel mundial, a menos de 70 por cada 100 000 NV. El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 5) establecido en el año 2000, determinó que se debía disminuir la razón de mortalidad materna a 75 % entre 1990 y 2015 (7). El mayor riesgo estimado de MM a lo largo de la vida es de 1 en 4900 en los países desarrollados en comparación con 1 en 54 en los países de bajos ingresos (5, 8).

Se define como muerte materna, al fallecimiento de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de terminada su gestación, independientemente de su duración, localización o causa, vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Se subdividen en defunción obstétrica directa (MMOD), aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico y defunción obstétrica indirecta (MMOI), que deriva de una enfermedad preexistente o de un trastorno que apareció durante el embarazo y que no se debió a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios de la gestación. Por otro lado, la RMM es la relación entre las defunciones maternas ocurridas durante un año calendario y los nacimientos ocurridos en ese mismo periodo, cada cien mil nacimientos (6, 9) Este indicador permite determinar la probabilidad de muerte o el riesgo de morir al que están expuestas las mujeres durante esta etapa, permite evidenciar la disparidad entre los países según su grado de desarrollo, pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana (9-12).

La MM se encuentra ligada al desarrollo económico y social de los países. Se supone que los avances científicos y los procedimientos terapéuticos en la especialidad contribuyen a la atención, prevención y control de la MM. Sin embargo, en aquellas sociedades donde existen fallas en los servicios de salud y se presentan situaciones de pobreza, la salud de las madres se encuentra en riesgo (10, 13). La MM en Venezuela ha sido un problema de salud pública durante muchos años. Los esfuerzos realizados en materia de institucionalización del parto en condiciones seguras, así como la mejora en la calidad de los servicios de atención obstétrica a partir del año 1957 hasta 2001, se tradujeron en una significativa reducción de la MM (10-13).

El análisis de la evolución histórica de la MM por premisas teóricas permite la planeación de estrategias

de políticas públicas para la necesidad de prevención, diagnóstico y manejo precoz de la morbilidad materna extrema (MME), amerita la capacitación oportuna de personal de salud en las áreas de obstetricia y medicina materno fetal en la atención de emergencias obstétricas, como por ejemplo los trastornos hipertensivos del embarazo (THE), la sepsis y la hemorragia obstétrica. Dicha reflexión es muy pertinente, en un momento en que los centros del tercer nivel de atención presentan dificultades (por infraestructura, disponibilidad de insumos-fármacos-hemoderivados o entrenamiento-experiencia insuficientes del personal) para dar atención de calidad en los casos de MME, con la subsecuente MM, como la Maternidad “Concepción Palacios” (MCP) (14).

En la MCP, se ha publicado una RMM histórica de 160,18 x 100 000 NV (11), se ha estudiado la MM en varios periodos, el primero reportado en los años 1939-1974 con una RMM de 195 x 100 000 NV (15), en 1975-1981 la RMM fue de 186 x 100 000 NV (16), en el periodo 1982-1991 fue de 162,2 x 100 000 NV (17), en el periodo 2001-2008 se reporta una RMM de 159,78 por 100 000 NV (18), en el periodo 2009-2013 la RMM disminuyó a un 65,4 MM x 100 000 NV (19), en el periodo 2013-2018 fue de 191,59 x 100 000 NV (10).

En vista de que la tendencia de la RMM permite la evaluación del sistema de salud y su ejecución, se realiza el presente estudio con la finalidad de analizar lo ocurrido con las muertes maternas y sus causas durante el periodo 2014-2020, a fin promover la salud de la mujer en edad reproductiva, específicamente durante la etapa prenatal, el parto y el puerperio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, analítico y retrospectivo de las muertes maternas ocurridas en el periodo 2014-2020, con el objetivo de analizar la

mortalidad materna en la MCP. Se procedió a una revisión de 73 historias médicas del Departamento de Historias Médicas y Estadística Vital de la MCP. Cada historia fue revisada y se analizaron la edad, procedencia, número de gestas, número de consultas del control prenatal, días de hospitalización, forma de culminación de la gestación, tiempo transcurrido en días desde el ingreso hasta la defunción y clasificación de la muerte materna. Estos datos fueron recogidos en una ficha epidemiológica y se calcularon porcentajes individuales.

RESULTADOS

Se registró un total de 73 muertes maternas, en el periodo 2014-2020 con una RMM de 135,96 x 100 000 NV, obtenida mediante el número de defunciones maternas entre los nacidos vivos. Se evidencia variación en los años estudiados, siendo la mayor razón la de 2018, con una RMM de 218,25 x 100 000 NV y una razón mínima de muerte materna en 2020 de 103,44 (Tabla 1).

Se registró, de igual forma, 60 muertes maternas directas, 29 por THE, representando un 48,33 %, 16 por sepsis 26,66 %, 14 por hemorragia obstétrica 23,33 %

Tabla 1. Muertes maternas por año.
Razón de mortalidad materna

Años	Muertes maternas (n)	Nacidos vivos (n)	RMM (x 100 000 nacidos vivos)
2014	6	8640	69,44
2015	15	9585	146,06
2016	15	8549	177,33
2017	8	7330	109,14
2018	16	7331	218,25
2019	6	5578	107,56
2020	7	6767	103,44

*TENDENCIA ACTUAL DE LA MORTALIDAD MATERNA.
MATERNIDAD "CONCEPCIÓN PALACIOS" 2014-2020*

Tabla 2. Mortalidad materna por causas directas e indirectas

Años	Mortalidad materna obstétrica directa (n)	Razón de mortalidad materna obstétrica directa (x 100 000 NV)	Mortalidad materna obstétrica indirecta (n)	Razón de mortalidad materna obstétrica indirecta (x 100 000 NV)
2014	3	34,72	3	34,72
2015	10	104,32	5	52,16
2016	11	128,67	4	46,78
2017	8	109,14	-	-
2018	15	204,61	1	13,64
2019	6	107,56	-	-
2020	7	103,44	-	-

y 1 por embolismo, para 1,66 %; con 13 muertes maternas indirectas. La MMOD representó un 82,19 % de la MM, mientras que la MMOI presentó un 17,80 %. La RMMOD en el periodo estudiado fue de 111,75 x 100 000 NV, mientras que la RMMOI fue de 24,21 x 100 000 NV. La mayor RMMOD fue en el año 2018 de 204,61 x 100 000 NV, mientras que la menor fue en 2014 con 34,72 x 100 000 NV). La mayor RMMOI fue en 2015 con 52,16 x 100 000 NV y la menor en 2018 con 13,64 x 100 000 NV, sin registros de MMOI en los años 2017, 2019 y 2020 (Tabla 2).

En relación con la distribución de la MM por edad materna, se encontró que el grupo etario de 26-30 años tuvo mayor número de muertes maternas con 22, para 30,13 %, seguido por el de 20-25 años con 15, para 20,54 %, mientras que el grupo etario con menor número fue el de ≤ 14 años, con 2 para 2,73 % (Tabla 3).

Por último, con respecto al control prenatal, se evidenció que 36 muertes maternas tuvieron control prenatal, representando un 49,31 %, 10 no tuvieron para un 13,69 %, mientras que en 27 casos se desconoce la presencia o ausencia de control para un 36,98 %. En cuanto a la paridad, 32 muertes maternas

Tabla 3. Distribución de la mortalidad materna por edad materna

Edad materna (años)	Muertes Maternas (n)	Porcentaje de mortalidad materna según edad (%)
≤ 14	2	2,73
15-19	9	12,32
20-25	15	20,54
26-30	22	30,13
31-35	12	16,43
36-40	4	5,47
≥ 41	9	12,32
Total	73	100

eran primigestas, 19 tenían II-III gestas y 12 IV-V gestas, representando un 43,83 %, 26,02 % y 16,43 %, respectivamente. Con respecto a la culminación del embarazo, 9 muertes maternas fueron abortos, 18 fueron partos y 46 cesáreas, para porcentajes de 12,32 %, 24,65 % y 63,01 %. Con respecto al lapso de ingreso hasta la muerte materna en horas, en 35 muertes maternas transcurrieron < 24 horas para un porcentaje de 47,94 %, en 4 casos transcurrieron 24-48 horas para 5,47 %, mientras que en 34 pacientes transcurrieron > 48 horas para 46,57 %.

DISCUSIÓN

De acuerdo con el ODM 5 del periodo 2000-2015, Venezuela debió haber reducido la RMM de 53,10 a 13,3 x 100 000 NV y la mortalidad infantil de 25,80 a 8,78 muertes x 1000 NV (3, 11, 12). Desafortunadamente, no se lograron esas metas; según estimaciones de la OMS para el año 2017, la RMM fue de 125 x 100 000 NV, con un cambio porcentual de -5 %, en contraparte de la reducción de la MM a nivel mundial de 38 % (4). Estas alarmantes cifras en cuanto a MM están en concordancia con la situación apreciada en un centro de tercer nivel de atención materna como es la MCP. Durante el periodo estudiado en este trabajo, 2014-2020, se presentó una RMM de 135,96 x 100 000 NV, que es muy elevada en comparación con lo referido para el periodo administrativo de inicio del milenio 1999-2001 de 81,33 x 100 000 NV (11, 12).

Al comparar la RMM encontrada durante el presente estudio con la meta 3.1 del ODS 3 de la agenda 2016-2030 (70 x 100 000 NV) (6), se observa que los hallazgos del presente estudio la duplican, esto hace impostergable la toma de decisiones a fin de lograr un impacto en la reducción de dicha cifra. Sin embargo, representan una mejoría ostensible en comparación a la cifra alarmante de RMM del periodo 2013-2018 de 191,59 x 100 000 NV (10).

En ese sentido, se han desplegado desde el Estado diversas estrategias, en conjunto con la OPS/OMS, se implementó el Plan Anticoncepción Inmediata Pos Evento Obstétrico (AIPE), la aspiración manual endouterina (AMEU) y la iniciativa “Cero Muertes Maternas por Hemorragia” (20, 21).

También destacan iniciativas para mitigar el riesgo e impacto de la hemorragia obstétrica en la MME y MM desde la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, que ha fomentado el curso “*Advance*

Life Support in Obstetrics” (ALSO ®), promoviendo la formación de profesionales vinculados a la obstetricia empleando modelos de enseñanza a través de simulación, estimulando el trabajo en equipo y la comunicación eficaz en las situaciones de emergencia obstétrica (22). Por otra parte, existen graves limitantes institucionales como la ausencia de especialidad en obstetricia crítica, adicionada a las limitaciones de infraestructura e insumos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en la institución, pese a la presencia del servicio de Medicina Materno Fetal como parte del organigrama operativo para el manejo de gestantes con MME.

También existen graves limitaciones en recursos humanos y materiales en los casos de MME que ameritan manejo multidisciplinario de forma oportuna, integral y escalonada (nefrología, cardiología, neurología, neumonología, radiología, bioanálisis, banco de sangre, cirugía, consulta prenatal, etc.) (11, 12), afectando la capacidad de respuesta y la calidad de atención ante casos de MME de emergencia, lo que se refleja en el predominio de MM en primigestas, con resolución obstétrica vía alta, tiempo entre el ingreso y la defunción < 24 horas, con una relación de 1:3 de presentación en edades extremas de la vida reproductiva y dos tercios de las muertes maternas en el rango de 20-35 años y con relación 1:2 respecto a MM con embarazos no controlados o sin datos respecto al control prenatal, según los resultados obtenidos en el presente estudio.

Además de los determinantes sociales de la salud en MM y MME, dichas limitaciones inciden no solo en la RMM, sino en su distribución con una relación MMOD y MMOI de 4:1, ocupando el primer lugar de la MMOD los THE en casi la mitad de los casos, seguido en menor grado por sepsis y hemorragia obstétrica, concordante con el estudio más reciente publicado sobre MM en la institución de Cabrera y cols. (10).

*TENDENCIA ACTUAL DE LA MORTALIDAD MATERNA.
MATERNIDAD "CONCEPCIÓN PALACIOS" 2014-2020*

La RMM del periodo estudiado en el presente trabajo es menor a la registrada en otros estudios nacionales, como los de Agüero y Torres (15, 16), Brito y cols. (17), Durán y cols. (18), Cabrera y cols. (10) así como Cabrera y Uzcátegui (11). Dicha RMM, es mayor a la registrada por Regardiz (23), Uzcátegui y Silva (24), Silva y Petit (25), Molina (26), Faneite y Valderrama (27), Uzcátegui y cols. (28), Suárez (29), Faneite y Starnieri (30), García y cols. (31), Faneite (32), Chacón y Monsalve (33), Mazza y cols. (34) y Cabrera y cols. (19) (Tabla 4).

Koch (35), refiere que la educación es fundamental en la reducción de la MM, sostiene que las políticas públicas de salud destinadas a mejorar la educación de la mujer y promover el embarazo deseado, planeado y seguro, logran reducir la MM sin la paradoja de legalizar el aborto inducido. La reducción del analfabetismo en la embarazada, junto con la promoción de embarazos seguros que incluyen el control prenatal precoz, la atención profesional del parto y la atención obstétrica de alto riesgo, son factores claves para disminuir la MM, por estar intrínsecamente ligada a los determinantes sociales de la salud (11, 12).

Tabla 4. Estudios nacionales de mortalidad materna por Razón de Muerte Materna y distribución por causas más frecuentes de muerte materna directa

Autor	Años	Ciudad/ Estado	MM	NV	Razón de MM	Sepsis %	THE %	Hemorragia %
Agüero y Torres (15)	1939-1974	Caracas	773	395 294	1,95 x 1000	23	17,3	26,5
Regardiz (23)	1965-1975	Monagas	48	49 002	9,79 x 10 000			
Uzcátegui y Silva (24)	1973-1980	Caracas	21	40 578	5,18 x 10 000	38,10	19,04	9,52
Silva y Petit (25)	1961-1980	Bolívar	54	54 117	9,97 x 10 000	38,88	9,25	24,07
Agüero y Torres (16)	1975-1981	Caracas	392	210 058	18,6 x 10 000	62,3	15,7	17,2
Brito y cols. (17)	1982-1991	Caracas	423		162,2 x 100 000	48,1	28,3	17,4
Molina (26)	1990-1994	Maracaibo	11	12 943	8,49 x 10 000	-	-	-
Faneite y Valderrama (27)	1982-1991	Puerto Cabello	40	37 826	10,57 x 10 000	58,33	16,67	22
Uzcátegui y cols. (28)	1981-1994	Caracas	53	67 237	8 x 10 000	49	17	11
Suárez (29)	1988-1995	Cabimas	13	39 202	31,25 x 100 000	0	15,38	46,15
Faneite y Starnieri (30)	1992-2000	Puerto Cabello	24	38 482	64,9 x 100 000	15,79	31,58	47,37
García y cols. (31)	1993-2000	Maracaibo	260	213 459	121,80 x 100 000	25	20,77	35,38
Faneite (32)	2001-2004	Puerto Cabello	8	11 753	68,06	16,66	33,3	33,3
Chacón y Monsalve (33)	1974-2005	Mérida	178	183 288	97,11 x 100 000	26,17	39,60	32,22
Durán y cols. (18)	2001-2008	Caracas	176	11 149	159,78 x100 000	19,31	39,20	16,47
Mazza y cols. (34)	2008-2009	Distrito Capital	78		98,97 y 103,9 x 100 000	26,7	40	31,1
Cabrera y cols. (19)	2009-2013	Caracas	27	41 282	65,40 x100 000	22,22	29,62	18,51
Cabrera y cols. (10)	2013-2018	Caracas	66	51 524	191,59 x 100 000	30,43	43,47	23,91
Cabrera y Uzcátegui (11)	1939-2018	Caracas	2710	1 691 779	160,18 x 100 000	-	-	-
Este estudio	2014-2020	Caracas	73	53 690	135,96 x 100 000	26,66	48,33	23,33

MM: muerte materna; NV: nacidos vivos; THE: trastorno hipertensivo del embarazo

Cabrera y cols. (14), plantearon seis premisas teóricas para el análisis de la MM, las cuáles son pertinentes al análisis de la MM, contextualizando con los resultados obtenidos durante el presente estudio:

- 1) El término muerte materna define mejor que el de mortalidad materna, la tragedia de una gestante que espera un evento feliz y culmina con su fallecimiento.
- 2) La adecuada planificación familiar impacta significativamente en la muerte materna, junto con la apropiada educación sexual y reproductiva y el adecuado acceso a la diversidad de métodos anticonceptivos.
- 3) Ninguna mujer debería fallecer por no darse cuenta de que está en situación de riesgo. En la primera demora de Thadeus modificada por Maine (36, 37), se explica que en la muerte materna influye lo que tarda una gestante en darse cuenta de que está presentando algo que no está bien y que pone en riesgo su vida con respecto a la identificación de síntomas relacionados con la MME y la subsecuente MM.
- 4) Las gestantes deberían estar próximas a centros de salud con atención obstétrica y la posibilidad de poder transportarse ante cualquier evento de riesgo para su debida atención, relacionada con la segunda demora de Thadeus y Maine (36).
- 5) La asistencia obstétrica de emergencia a la gestante debe ser realizada de manera oportuna, con un diagnóstico que debe ser verificado para recibir el tratamiento oportuno incluyendo la activación de los protocolos clínicos para atención de emergencias obstétricas y casos de MME, se relaciona con la tercera demora de Thadeus y Maine (36).
- 6) Es indispensable realizar políticas públicas en salud sexual y reproductiva de manera oportuna y efectiva. Sin lugar a dudas, la investigación

realizada concluye que existe una gran demora en las políticas públicas, más allá del rotundo fracaso en alcanzar el ODM 5 (4), para disminuir la RMM de la MCP a cifras acorde a el ODS 3 (6), atendiendo debidamente los casos de MME.

Faneite (38), al analizar la MM, recomienda lineamientos de actividades asistenciales que, en correlación con el análisis por premisas teóricas de Cabrera y cols. (14), son beneficiosas para cambiar las cifras actuales de RMM, principalmente la RMMOD y en menor grado la RMMOI, bajo el conocimiento que la mayoría de las MM son evitables con intervenciones viables y económicas. Entre dichas actividades destacan:

1. Organizar a nivel distrital programas de asistencia perinatal institucionalizada por el Estado, con estrategias de ataque específicas contra las causas directas e indirectas de MM.
2. Establecer programas de asistencia perinatal jerarquizada por nivel de riesgo, haciendo énfasis a nivel primario, lo cual aumentaría la cobertura y mejoraría los sistemas de referencia entre los niveles de asistencia en pacientes de alto riesgo obstétrico, con dotación adecuada por niveles de complejidad.
3. Mejorar el funcionamiento y dotación de la consulta hospitalaria de embarazo de riesgo, dotándole adecuadamente, vigilando y estimulando el servicio que preste, con prioridad para las pacientes portadoras de las patologías de MME locales detectadas como los THE.
4. Establecer rutinariamente el sistema de identificación y predicción de embarazos de riesgo de MME y MM, de manera precoz.
5. Integración multidisciplinaria de los profesionales de salud en la atención de la gestante con MME.

6. Dotar las salas de partos hospitalarias y a nivel primario del instrumental, suturas, antisépticos, oxitócicos, antibióticos, soluciones, etc. Consolidar las unidades de obstetricia crítica y los bancos de sangre de los hospitales.
7. Exigir de manera rutinaria los estudios de autopsia en los casos de MM.
8. Reafirmar los comités de vigilancia de MM.
9. Mejorar los sistemas de registro y estadística hospitalaria, adecuarlos a los términos y recomendaciones nacionales e internacionales.

Con respecto al análisis por causas de la MM, los resultados del presente trabajo reflejan que la MMOD cuadruplica a la MMOI, con casi la mitad de las muertes maternas por causa directa por THE, seguido en menor grado por la sepsis y las hemorragias.

Los resultados arrojados llaman a la reflexión, pues los THE durante el embarazo ponen en riesgo la vida de la gestante y la del feto, sin embargo, esto se puede evitar con un adecuado control prenatal (11, 12). Tanto las madres adolescentes como las adultas mayores que sufren hipertensión crónica, obesidad y antecedentes familiares corren mayor riesgo de perder la vida. Por lo tanto, lo más recomendable es detectarlo tempranamente a través de un control prenatal desde el inicio del embarazo hasta el final.

Con relación a la presencia de los THE como primera causa de MMOD en la MCP, solo se ha reportado como primera causa de MMOD en los estudios de Durán y cols. (18), con aproximadamente 39 %, Cabrera y cols. (13), con aproximadamente un 30 %, y el de Cabrera y cols. (10), en el que representaba aproximadamente 43 %, los 3 estudios realizados en este milenio.

La cifra de casi un 50 %, obtenida en el presente trabajo, es la más alta de la historia de la institución

respecto a los THE como causa de MM, y mayor en comparación a otros estudios nacionales realizados en centros distintos a la MCP, como los de Uzcátegui y Silva (24), Silva y Petit (25), Molina (26), Faneite y Valderrama (27), Uzcátegui y cols. (28), Suárez (29), Faneite y Starnieri (30), García y cols. (31), Faneite (32), Chacón y Monsalve (33), Mazza y cols. (34). Se comprende, por tanto, la necesidad de estrategias específicas de profilaxis primaria, secundaria y terciaria de los THE para reducir la MME y MM por esta causa.

Las cifras porcentuales de sepsis y hemorragia obstétrica obtenidas en el presente estudio como causas de MMOD son bastante homogéneas en comparación con los estudios realizados en la MCP en este milenio, con diferencias porcentuales menores a 5 % al comparar los resultados de este trabajo con los de Durán y cols. (18), Cabrera y cols. (13), y el de Cabrera y cols. (10). La mejoría del arsenal terapéutico y las técnicas quirúrgicas con avances progresivos en la formación del equipo de salud institucional, aunque discretos, en los protocolos de atención de emergencia de la gestante séptica, así como en la paciente con hemorragia obstétrica, han incidido en este cambio en relación con los estudios previos, realizados en la institución durante el siglo pasado, como los de Agüero y Torres (15, 16) y Brito y cols. (17).

Con relación a la distribución de la MM por edad materna, llama la atención que 1 de cada 3 muertes maternas se presentó en los extremos de la vida reproductiva, relacionada con aspectos biológicos asociados a los grupos etarios de gestantes adolescentes y tardías, así como con aspectos sociales relacionados con pobreza y/o vulnerabilidad, que funcionan como determinantes de la salud, lo que concuerda con lo descrito por Cabrera y Uzcátegui (11).

El derecho a la salud durante el embarazo implica que la gestante tenga acceso equitativo a los exámenes de rutina, a los controles médicos y todos los

medicamentos e insumos necesarios para un embarazo de feliz término. El derecho a la alimentación durante el embarazo implica que la gestante pueda tener acceso a los alimentos que cumplan con los requerimientos nutricionales de la gestación, siendo ampliamente relacionadas las carencias nutricionales con las causas de MMOD (12).

Cabrera y Uzcátegui (11) manifiestan que existen otros factores asociados a la crisis socioeconómica, como el incremento de los embarazos de las adolescentes y embarazos mal controlados, aun cuando están asistiendo a la consulta prenatal, las futuras madres no tienen recursos económicos para hacerse un ecosonograma, los exámenes de laboratorio y mucho menos para comprar vitaminas, hierro y ácido fólico, que son importantes y deben consumirse para garantizar una apropiada gestación, mucho menos profilaxis con ácido acetil salicílico o ácidos omega-3, indicados en los THE. Esto también ayudaría a explicar el alto número de muertes maternas en los rangos de edad de 26-30, 31-35 y 20-25 años, que ocupan dos tercios del total.

Se debe recordar que, aunque la MCP cuenta con los servicios de prenatal y medicina materno fetal para soporte de la atención prenatal de la gestante, su capacidad de cobertura es limitada en relación con la alta demanda, con muchos casos de MME y MM atendidos en la institución sin control prenatal o mal controlados, con gestantes con marcadas carencias nutricionales, lo que incide en la presencia de casos de MME y MM no solo de THE, sino también de sepsis y hemorragia obstétrica.

El análisis de la información obtenida en el presente estudio, permite establecer las siguientes conclusiones y recomendaciones:

La RMM en la MCP en el periodo 2014-2020 está actualmente en cifras que duplican la meta del ODS3,

con predominio de la MMOD que cuadruplica a la MMOI. Los THE ocupan casi la mitad de los casos, seguida, en menor medida, por la sepsis y la hemorragia obstétrica. Además, se evidencia, la ausencia o falta de datos de los controles prenatales, la primiparidad, la resolución obstétrica vía alta y un tiempo entre ingreso y defunción menor a 24 horas, asociados a las muertes maternas registradas en el presente estudio, con un tercio de las muertes maternas en edades extremas de la vida reproductiva. Los resultados obtenidos reflejan fallas de la gestión sanitaria en la institución francamente alarmantes y preocupantes sobre las que se requieren medidas urgentes, toda vez que la mayoría de las muertes maternas son evitables.

Los factores relacionados con la crisis socioeconómica nacional, que inciden en los determinantes sociales de la salud perinatal, impiden que la gestante tenga acceso equitativo a los exámenes de rutina, a los controles médicos y todos los medicamentos e insumos necesarios para un embarazo sin complicaciones, así como a una nutrición acorde a los requerimientos de la gestación. Dichos factores imposibilitan la profilaxis primaria, secundaria y terciaria de los THE, primera causa de muerte materna en la institución, con cifras porcentuales que son las más altas en la historia de la institución como causa directa de MM. En menor grado que los THE, afectan la MME y la MM por sepsis y hemorragia obstétrica. Esto también explicaría el alto número de muertes maternas en el rango etario de 20-35 años, dos tercios del total.

La falta de una red de servicios obstétricos esenciales para la atención de partos normales genera congestión en las grandes maternidades como la MCP, de manera que, ampliar la red de servicios esenciales podría descongestionar los centros obstétricos que se requieren para cuidados ampliados y que solo son necesarios en casos más complicados. Dichas acciones ejecutadas como políticas hospitalarias en la gerencia de salud institucional estarían encaminadas a reducir la RMM registrada en la MCP en el periodo 2014-2020,

con un serio y preocupante registro, que urge atender con la necesaria diligencia requerida.

En este sentido, la combinación de políticas públicas, con lineamientos asistenciales claros y el análisis de la MM y la MME por premisas teóricas, incluyendo los determinantes sociales de la salud, son parte de la solución para alcanzar las metas de desarrollo sostenible en la atención obstétrica con la cobertura y calidad requeridas. Si bien la RMM encontrada en el presente estudio es menor a la RMM global histórica de la institución, queda mucho por mejorar en la cobertura y calidad de atención para disminuir estos registros a valores acorde a las recomendaciones internacionales.

Por ello, se recomienda realizar investigaciones en MME en la MCP y otros centros del tercer nivel de atención nacional en los cuidados obstétricos de emergencia, que soporte lo académico-docente a la acción asistencial-sanitaria en adición a las políticas públicas en salud sexual y reproductiva del Estado. De igual forma, se recomienda profundizar las estrategias de capacitación del personal sanitario que forma parte del equipo de salud de atención a la gestante, con el objeto de prevenir y controlar de manera apropiada la MME. Por último, pero no menos importante, es necesario mantener el seguimiento del impacto de dichas acciones sobre los indicadores de salud perinatales, con relación a los términos y recomendaciones nacionales e internacionales.

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Briones J, De Leon M. Mortalidad Materna. 1era ed. México: D.F.: Alfil; 2013.
2. Faneite P. Mortalidad materna en la región bolivariana de Latinoamérica: área crítica. Rev Obstet Gineco Venez 2008. (68): 1. 115-9
3. United Nations Millennium Declaration. Fifty-fifth Session of the United Nations General Assembly. New York: United Nations; Sep 18, 2000.
4. Organización Mundial de la Salud, Fondo Internacional de Emergencia de la Naciones Unidas para la Infancia, Grupo del Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas [Internet]. Ginebra (Suiza): Tendencias en la Mortalidad Materna. De 2000 a 2017. OMS; 2020 [consultado 28 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332475/WHO-RHR-19.23-spa.pdf?ua=1>.
5. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, *et al.*; United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group collaborators and technical advisory group. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016; 387(10017):462-74. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7.
6. Organización de las Naciones Unidas [Internet]. Ginebra (Suiza): La agenda para el desarrollo sostenible. OMS; 2020 [consultado 28 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>.
7. United Nations Millennium Declaration. Fifty-fifth Session of the United Nations General Assembly. New York: United Nations; 2000.
8. Souza LM, Laurenti R, Knobel R, Monticelli M, Brüggemann M, Drake E. Mortalidad materna en Brasil debida a hemorragia. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 [consultado 28 de febrero de 2021]; 21(3): 711-718. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/MD5ksTnDqBCKW4rf5bJx9f/?lang=es&format=pdf>
9. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington: Mortalidad Materna. Boletín epidemiológico. 2001; 22 (4) [consultado 01 de junio de 2018]. Disponible en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
10. Cabrera C, Testa M, Gómez J, Galiffa D, Salas G. Evolución actual de la mortalidad materna. Rev Latin Perinat [Internet]. 2019 [consultado 28 de febrero de 2021]; 22 (3): 174-179. Disponible en: http://www.revperinatologia.com/images/5_RLP_Vol_22_3_2019.pdf

11. Cabrera C, Uzcátegui O. Muerte materna: causas médicas, sociales y políticas públicas. *Tiempo y Espacio* [Internet]. 2020 [consultado 28 de febrero de 2021]; 38(74): 273-323. Disponible en: https://revistas.upel.edu.ve/index.php/tiempo_y_espacio/article/view/8732
12. Cabrera C. Muerte materna: Aspectos médicos, sociales y políticas públicas [Tesis Doctoral]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2019.
13. Guerra C, Muñoz P, Ospino A, Valera A, Vega L. Morbilidad y mortalidad materna en una institución de salud en el año 2012. *Salud Uninorte Col* [Internet]. 2014 [consultado 28 de febrero de 2021]; 30 (2): 217-226. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v30n2/v30n2a12.pdf>
14. Cabrera C, Uzcátegui O, Gómez J, Faneite P, Kizer S. Premises for maternal death analysis. *Gac Méd Caracas*. 2021; 129(1): 211-219. Doi: 10.47307/GMC.2021.129.1.21
15. Agüero O, Torres JI. Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”. 1939-1974. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1977; 37: 361-6.
16. Agüero O, Torres JI. Mortalidad Materna en la Maternidad “Concepción Palacios”. 1975-1981. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1985; 46: 92-7.
17. Brito J, Cabrera C, Gutiérrez O, Gutiérrez M, Porras F. Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”: 1982-1991. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007; 67(1): 31-9
18. Durán I, Ferrarotto M, Brito J, Cabrera C, Sánchez J, Scaramella J, *et al.* Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”: 2001-2008. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2011; 71(1): 13-20.
19. Cabrera C, Martínez M, Zambrano G. Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”: 2009 – 2013. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2014; 74(3): 154-61.
20. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington: 2020 Informe anual Cooperación en salud - OPS/OMS en Venezuela; 2021 [consultado 28 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-anual-2020-cooperacion-salud-opsoms-venezuela>
21. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2015 [consultado 28 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592:2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Se%20estima%20que%20el%208,OPS%2FOMS%2C%20Carissa%20F.
22. Pérez J, Márquez D, González F, Di Muro J, Cortés R, De Vita S. La simulación como estrategia de aprendizaje en el manejo de las emergencias obstétricas. *Rev Latin Perinat* [Internet]. 2017 [consultado 28 de febrero de 2021]; 20(2): 90-94. Disponible en: http://www.revperinatologia.com/images/6_La_simulaci%C3%B3n_como_estrategia_de_aprendizaje_en_el_manejo.pdf
23. Regardiz R. Mortalidad materna en el Hospital Central “Dr. Manuel Nuñez Tovar”, de Maturín Estado Monagas. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1977; 37: 37-42.
24. Uzcátegui O, Silva D. Mortalidad Materna en el Hospital “Dr. José Gregorio Hernández”. 1973-1980. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1982; 42: 233-6.
25. Silva M, Petit G. Mortalidad materna. Hospital Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1982; 41:95-9.
26. Molina R. Mortalidad materna en el Hospital “Manuel Noriega Trigo”. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1995; 55(4): 217-21.
27. Faneite P, Valderrama I. Mortalidad materna. 1982-1991. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1992; 52: 193-6.
28. Uzcátegui O, Centanni L, Armas R. Mortalidad Materna: 1981-1994. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1995; 55(2): 89-92.
29. Suárez D. Mortalidad materna en el Hospital “Dr. Adolfo D’Empaire” de Cabimas, Estado Zulia durante los años 1988-1995. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1997; 57(3):177-80.
30. Faneite P, Starnieri M. Mortalidad materna directa: Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” 1992-2000. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2001; 61(2): 89-94.
31. García I, Molina R, Cepeda M. Tasas de mortalidad materna en los hospitales de Maracaibo: 1993-2000. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2002; 62(2):103-08.
32. Faneite P. Mortalidad materna. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. 2001-2004. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2005; 65(3):123-7.
33. Chacón G, Monsalve N. Mortalidad Materna en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) 1974-2005. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007; 67(2): 99-105.
34. Mazza M, Vallejo C, González M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2012; 72(4): 233-4.

*TENDENCIA ACTUAL DE LA MORTALIDAD MATERNA.
MATERNIDAD "CONCEPCIÓN PALACIOS" 2014-2020*

35. Koch E. La Educación fundamental en la reducción de la mortalidad materna. Santiago: Prensa de la Facultad. Universidad de Chile; 2010.
36. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med.* 1994; 38(8):1091-110. doi: 10.1016/0277-9536(94)90226-7.
37. Maine D, Akalin M, Ward V, Kamara A. The design and evaluation of maternal mortality programs [Internet]. Center for Population and Family Health School of Public Health Columbia University; 1997 [consultado abril de 2021]. Disponible en: <https://www.publichealth.columbia.edu/sites/default/files/pdf/designevalmm-en.pdf>
38. Faneite A. Pedro. Mortalidad materna: evento trágico. *Gac Méd Caracas* [Internet]. 2010 [consultado abril de 2021]; 118(1):11-24. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622010000100003&lng=es.

Recibido 28 de septiembre de 2021

Aprobado 15 de octubre de 2021