

REVISIÓN SOBRE MORTALIDAD MATERNA EN ESPAÑA

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Rodríguez- Ferrer R.M.*, Feijoo- Iglesias M.B.*, Magdalena- del Rey G.*, Pérez -Gay M.P.*,

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

Vivanco-Montes M.L..**

RESUMEN

Antecedentes y Objetivos-

La evolución de la morbilidad materna de las últimas décadas en España ha sufrido un importante cambio, cuestión que queda evidenciada en la notable mejoría de los Indicadores Sanitarios de este grupo de población.

El estudio de los determinantes de Salud que más influyen en este grupo de población demuestra que las mejoras asistenciales son las que más han influido en ello, referido tanto a los avances técnicos, como a la mejor formación de estudiantes, programas de formación de residentes y a la formación continuada. El estudio sistemático de las muertes maternas son mecanismos educativos de gran valor en la mejoría del pronóstico de la madre durante el embarazo.

El estudio por tanto de la mortalidad materna es uno de los indicadores fundamentales para evaluar la calidad asistencial.

Aunque las tasas de mortalidad materna son muy bajas en los países de nuestro entorno el impacto es grande, por la repercusión social que entraña y los años de vida perdidos. Por ser nuestro ámbito la atención a la gestante, parturienta y puerpera, creemos necesario la revisión y actualización respecto a este tema.

Los objetivos

son la puesta en común de las causas de mortalidad materna, para la rápida respuesta ante estas situaciones y la concienciación del profesional del riesgo existente así como para la asunción del cumplimiento de la estadística.

Método-

Se ha realizado una revisión exhaustiva en las bases de datos del I.N.E., en publicaciones Obstétricas, de Salud Pública, en los datos epidemiológicos del Instituto Carlos III, y en la base de datos de nuestro hospital, así como un repaso a las principales causas de mortalidad materna para contribuir a su disminución y a la evitación de secuelas, previniendo la instauración de estos cuadros letales en la medida de lo posible.

Resultados-

Hace 35 años la tasa de Mortalidad Materna era 15 veces más alta que en la actualidad. Esta tendencia se observa en todas las Comunidades Autónomas, aunque existen diferencias regionales. La mejora socioeconómica que se ha producido en los últimos años en los países desarrollados han influido en la disminución de mortalidad materna a expensas de las causas directas y a su vez este progreso ha propiciado que mujeres con severas patologías puedan optar por gestar.

El Embarazo representa para la mujer en edad reproductiva un aumento de 6 veces el riesgo de muerte. Las principales causas de muerte materna en España desde el año 1995 hasta el año 2000 son las siguientes:

Hipertensión Inducida por el Embarazo 29%, Embolismo Pulmonar 20%, Hemorragia 23,07%, otras 23.07%. En total obtenemos una Tasa de Mortalidad Materna de un 7,15/100000 nacidos vivos. Aunque numerosas publicaciones evidencian que las estadísticas oficiales no revelan la dimensión real del problema, probablemente subestimado por el déficit en la declaración al cumplimentar los certificados médicos, la codificación inadecuada y en la falta de investigación sobre el estado grávido-puerperal al cumplimentar el certificado de defunción, con lo cual se concluye en que la tasa de mortalidad materna puede estar subestimada en un 38%.

Conclusiones-

Aunque no es agradable, es necesario concienciar a nuestro colectivo de la realidad de las pérdidas maternas, que es muy posible que toda matrona tenga que sufrir alguna vez durante su ejercicio profesional, tanto para aliviar psicológicamente al profesional que cuando lo sufre se siente francamente abatido, como para concienciar de la importancia de su conocimiento y su rápida respuesta.

Palabras clave:

Mortalidad materna, embolia, preeclampsia, hemorragia, indicadores sanitarios, determinantes de salud

* Matrona

** Supervisora del Área de partos

INTRODUCCIÓN

Para la mayoría de las mujeres, la maternidad es una experiencia positiva y satisfactoria, una experiencia de vida que en ocasiones se convierte en una experiencia de muerte. Cualquier mujer puede tener complicaciones inesperadas e impredecibles durante su embarazo, parto y puerperio o incluso después. El aumento de accesibilidad a una atención de calidad ha conllevado que la mortalidad materna sea un hecho esporádico en los países desarrollados, complicaciones que en países subdesarrollados o en vías de desarrollo pueden resultar letales. Lógicamente la mortalidad materna se asocia con el subdesarrollo y la pobreza. En los países desarrollados con cifras 200 veces menores que en los subdesarrollados, la mortalidad materna es una rareza. Sin embargo por ser tan poco frecuentes constituyen un indicador centinela, obligando a realizar un control acerca de todo el circuito asistencial y establecer medidas preventivas y terapéuticas. El 99% de las muertes maternas se producen en países subdesarrollados, la mortalidad materna en los países de nuestro entorno, como se ha dicho es muy baja, tanto por los avances científicos como por la educación sanitaria de la mujer gestante. Las mujeres que habitan en el África Subsahariana tienen una probabilidad de 1:16 de morir durante el embarazo y el parto, mientras que las que habitan en países desarrollados tienen 1:2800. Puede parecer frívolo el tratarla siendo tan bajas las tasas con respecto a las mujeres de países desfavorecidos, pero nosotros creemos importante este análisis por la repercusión social que entraña la muerte de una mujer en edad reproductiva y los años de vida potencialmente perdidos y por el impacto que causa en el profesional la pérdida de una mujer joven y frecuentemente sana que se pone en nuestras manos para parir a su hijo. A esto, en los países desarrollados se le añade los problemas médico-legales que condicionan todas las actuaciones, y debido a las trágicas consecuencias del problema, el entorno familiar necesita encontrar una explicación al desfavorable resultado. Frecuentemente a pesar de las explicaciones, esto no resulta suficiente para justificar estas muertes y se inician procesos judiciales. Y sin olvidar además que junto con la pérdida

materna se asocian problemas con el neonato, que pueden incluso conducir a su muerte o incapacidad. Es obvio además que por falta de cuidados maternos, la probabilidad de morbilidad durante el primer año de vida se incrementa ostensiblemente, especialmente en las zonas menos desarrolladas. Podemos por lo tanto afirmar que la muerte de una madre es una tragedia familiar y social.

La prevención de la morbimortalidad materna durante el embarazo, parto y puerperio es uno de nuestros principales objetivos. La evolución de la morbimortalidad materna en España en las últimas décadas ha sufrido un importante cambio, cuestión que queda evidenciada en la notable mejoría de los indicadores sanitarios de éste grupo de población. Lo que más ha influido son las mejoras asistenciales, referido tanto a los avances técnicos como a la formación de estudiantes, programa de formación de residentes y formación continuada. El estudio sistemático de las muertes maternas son elementos educativos de gran valor en la mejoría del pronóstico de la madre durante el embarazo. El estudio de mortalidad materna es un importante indicador para evaluar la calidad asistencial obstétrica en España.

.La Organización Mundial de la Salud define la muerte materna (CIE 9) como la muerte de la mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo con independencia de la duración y localización de la gestación, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por éste o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

La Muerte materna tardía, amplía el periodo de inclusión entre el 42 día del parto y menos de un año después de la terminación de la gestación . Incluye por lo tanto aquellos fallecimientos posteriores al puerperio, pero en clara dependencia del estado grávido-puerperal.

TIPOS DE MORTALIDAD MATERNA

. Según el momento de la muerte- La muerte materna puede ocurrir durante el embarazo, el parto o en postparto. Las causas, normalmente tienen una relación consistente con el momento de la muerte. Según el momento en el cual se produzcan se clasifican de la siguiente manera:

- Muerte materna durante el embarazo- Es la que ocurre antes de iniciarse el trabajo de parto, incluyendo aquella en la que ha habido rotura de membranas, pero sin haberse iniciado el trabajo de parto.
- Muerte materna durante el parto- Ocurre a partir del inicio de trabajo de parto hasta el alumbramiento.
- **Muerte materna durante el puerperio-** Desde el alumbramiento hasta los 42 días postparto.

. Según las causas de muerte- Las muertes maternas se clasifican en **muertes maternas directas**, que son las ocasionadas por las complicaciones del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio. Las **muertes obstétricas indirectas**, son las producidas por una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo no debida a

causas obstétricas directas, pero si agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.

Muertes no obstétricas, son las que se producen por causa accidental o incidental no relacionadas con el embarazo o su tratamiento.

. Según el lugar de la muerte-

- **Muerte materna hospitalaria-** La que ocurre dentro del hospital o Centro de Salud , independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada del paciente y su muerte. La muerte en el camino hacia un hospital o Centro de de Salud se considera hospitalaria si el traslado se produjo en ambulancia, mientras que si no se produce en ambulancia se considera no hospitalaria.
- **Muerte materna no hospitalaria-** Todas aquellas que no se pueden incluir dentro de la definición anterior.

Posteriormente la O.M.S. en la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) aporta ciertas novedades:

Muerte materna relacionada con la gestación: Recoge la definición anterior (CIE-9) pero incluyendo cualquier causa de muerte, es decir, incluyendo causas accidentales e incidentales.

MEDIDAS DE MORTALIDAD MATERNA

Contamos con varios indicadores distintos para medir la mortalidad materna. El indicador que más se utiliza es **la Razón de Muerte Materna (RMM)**, el cual se refiere al nº de muertes maternas por recién nacidos vivos, multiplicado por 100000.

$RMM = N^{\circ} \text{ de muertes maternas} / n^{\circ} \text{ de recién nacidos vivos} \cdot 100.000$

Esta tasa se diseñó para expresar el riesgo obstétrico.

La Tasa de mortalidad materna (TMM) se expresa como el número de muertes maternas partido del nº de mujeres de 15 a 49 años multiplicado por mil. Es por lo tanto un indicador del peso de la muerte materna entre las mujeres en edades reproductivas.

Otro indicador es **La Proporción de mujeres adultas que murieron por causa materna (PMCM)**. Se calcula poniendo en el numerador el nº de mujeres muertas por causa materna y en el denominador las mujeres muertas en edad reproductiva.

$PMCM = N^{\circ} \text{ muertes maternas} / n^{\circ} \text{ de muertes en mujeres de 15 a 49 años}$

Un cuarto indicador de mortalidad materna es el **Riesgo de Muerte Materna durante toda la vida (RMMV)**, refleja las probabilidades de que una mujer muera por causa materna durante el curso de su vida reproductiva de 35 años. Este indicador tiene en cuenta la probabilidad de muerte materna cada vez que una mujer queda embarazada.

$RMMV = 35 \cdot TMM$

Hay que tener en cuenta que por cada mujer que muere habrá 10-15 mujeres que sufran algún tipo de complicación grave.

En los países desarrollados la razón de mortalidad materna se ha calculado entre el 2-15/100000 nacidos vivos.

En función de las tasas de mortalidad materna se calcula el riesgo de muerte materna (probabilidad de muerte como consecuencia del embarazo, parto y puerperio. En los países desarrollados la posibilidad de muerte es de 1/6000-9000 gestaciones).

Aunque se ha estimado que las estadísticas oficiales de mortalidad materna no revelan la dimensión real de este problema que, probablemente esté subestimado. Se estima que en algunos países la tasa real de mortalidad materna puede encontrarse entorno a 25-80% superior a la considerada como oficial. El motivo de esta subestimación es debido al déficit de la declaración al cumplimentar los certificados médicos, en la inadecuada codificación y en la falta de investigación sobre el estado de la gestante o puérpera. También la concomitancia de algunas patologías como causantes de deceso, algunas no obstétricas vienen a complicar el cálculo de estas tasas.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia ha solicitado en varias ocasiones la revisión o modificación de los certificados médicos de defunción, al Ministerio de Sanidad y Justicia.

Un proyecto de investigación de la S.E.G.O. que pretende conocer la tasa de mortalidad en España ha empleado una encuesta hospitalaria, basada en el Modelo de Certificado Europeo de Muerte Materna. Como resultados preeliminares se concluye que la tasa de mortalidad materna considerada como oficial puede estar subestimada en un 38%, con lo cual la tasa de mortalidad materna esté próxima en nuestro país al 7-8/100.000 nacidos vivos, Esta tasa está más cercana a las cifras comunicadas por los países de nuestro entorno. El estudio concluye que sería aconsejable realizar un control epidemiológico riguroso a nivel nacional, recogiendo todas la defunciones maternas, codificando las causas de fallecimiento, y analizando las posibilidades de evitabilidad .

El propósito que persigue este trabajo es el de realizar una revisión bibliográfica acerca de la mortalidad materna en nuestro país, analizar porque mueren las mujeres alrededor del parto en España e intentar contribuir a la prevención. También nos proponemos la asunción de ésta realidad por parte del profesional, ya que cuando pierde una mujer por estas causas se siente francamente abatido.

MÉTODOS

Se ha realizado una revisión exhaustiva en la base de datos del Instituto Nacional de Estadística, en publicaciones obstétricas, de Salud Pública, en los datos epidemiológicos del Instituto Carlos III, en la Base de datos del Hospital La paz de Madrid y en el Hospital de Cuenca.

RESULTADOS

En España, el número absoluto de muertes maternas y la tasa de mortalidad materna han descendido desde comienzos de siglo. A principios del siglo XX ocurrieron 3674 muertes maternas y la tasa de mortalidad fue de 564,7 muertes por 100.000 nacidos vivos. Durante los primeros decenios de siglo las tasas se mantuvieron estables por encima de 500 muertes por 100.000 nacidos vivos. A partir de 1920 comienza un descenso continuado hasta 1985 año en el cual se da la tasa más baja del siglo. Hace 35 años la tasa de mortalidad materna en España era 15 veces más alta que en la actualidad. Esta tendencia descendente se viene observando en todas las Comunidades Autónomas, pero existen diferencias regionales. En la mujer en edad reproductiva las causas que determinan la muerte cuando la mujer está embarazada y cuando no lo está son totalmente diferentes. Las enfermedades malignas son la única causa de muerte más frecuente en la mujer no embarazada en edad reproductiva. La muerte como complicación de la hipertensión, cirugía y embolismo pulmonar son más frecuentes en las mujeres en edad reproductiva embarazadas que en las no embarazadas.

En España el Profesor de Miguel realizó la única estadística hospitalaria disponible, entre los años 1995 y 1997. Estudió 363.589 nacidos vivos, entre ellos hubo 26 casos de muerte materna, lo cual representó una tasa de mortalidad materna de 7,5/100.000 nacidos vivos y un riesgo de mortalidad materna de 1/14.663 nacidos vivos. El Profesor dice en su artículo, que según datos comunicados al INE para ese mismo periodo hubo un total de 1.090.921 nacidos vivos en España y 30 casos de mortalidad materna, es decir sólo cuatro más que en su encuesta, pero con un exceso de 727.332 nacidos vivos más que los que registró él. Por lo tanto la tasa de mortalidad materna obtenida fue de 2,74/100.000 nacidos vivos, mucho más baja que la observada por la encuesta hospitalaria. Por lo tanto según su estimación parece más que improbable que en 727.332 nacidos vivos sólo hubiera cuatro casos más de muerte materna, lo que apoya la teoría de que la casiística de muerte materna comunicada al INE estaba subestimada tal como viene ocurriendo en otros países. Diversos estudios realizados en países desarrollados consideran la subestimación de las tasas de mortalidad materna entre un 25 y un 80%.

Las causas de esta subestimación son debidas por el deficitario cumplimiento de los certificados médicos o por la inadecuada codificación. El Profesor De Miguel pone de manifiesto que los datos oficiales comunicados al INE probablemente subestimaron en un 38,3% tanto el número de muertes maternas como la TMM. Otros estudios de mortalidad materna realizados en países de nuestro entorno informan de unas tasas de mortalidad materna más acordes con la obtenida en su encuesta. Por todo esto se considera, que la TMM en España se sitúa con más probabilidad entorno a 7-8/100.000 nacidos vivos.

Las causas directas representan el 50% de toda la mortalidad materna. En la Comunidad Autónoma de Cantabria, en un trabajo realizado por el grupo del Profesor De Miguel, las causas directas representaron el 37,5% de toda la

mortalidad materna. La causa más frecuentes entre las directas son los trastornos hipertensivos, la Hemorragia Obstétrica y el Embolismo Pulmonar representaron el 2º lugar en la encuesta.

Diversos autores presentan datos semejantes.

Las causas indirectas representan el 42,5% de la mortalidad materna. Está constituido por una patología diversa como la Sepsis extragenital, las cardiopatías, las nefropatías, las hepatopatías los accidentes cerebrovasculares agudos y las neoplasias. La mejoría socioeconómica y sanitaria experimentada en los últimos 30 años en los países de nuestro entorno ha conseguido reducir la mortalidad materna a expensas de causas directas, debido a este progreso se ha conseguido que mujeres con severas patologías puedan optar por gestar, hecho imposible hace unos años.

País	Ratio
Austria	4
Bielorrusia	35
Bélgica	10
Bosnia	31
Bulgaria	32
Croacia	8
Dinamarca	5
Estonia	63
Finlandia	6
Francia	17
Alemania	8
Grecia	9
Hungría	116
Irlanda	5
Latvia	42
Italia	5
Lituania	13
Moldavia	24
Noruega	16
Holanda	11
Polonia	13
Portugal	5
Rumanía	49
Federación Rusa	67
Eslovenia	17
España	4
Suecia	2
Suiza	7
Ucrania	35

Inglaterra	13
------------	----

Fuentes OMS, UNICEF Y UNFPA. Tabla recogida en la revisión bibliográfica del Profesor Cabero Roura en su artículo sobre mortalidad materna de Nov. De 2006 para la publicación Ginecología y Obstetricia.

Tabla 2- causas de mortalidad materna en España	
Causas obstétricas directas (50%)	
* Hipertensión (preeclampsia, eclampsia)	30,76
* Embolia Pulmonar (incluye el embolismo de L.A.)	23,07
* Hemorragia obstétrica	23,07
Otras causas	23,07
Causas obstétricas indirectas	42,30
* Patología cardiovascular	
* Patología neurológica	
* Patología infecciosa	
* Patología nefrourológica	
* Patología neoplásica	
* Causa desconocida	
De Miguel Sesmero, 2002	

La mortalidad en las cesáreas debe ser actualmente alrededor de 1 por 1000, la morbilidad y mortalidad son superiores en las cesáreas que en los partos vaginales, sobre 3-10 veces mayor. Diversas estadísticas ponen de manifiesto también que la mortalidad es superior en hospitales sin servicio especializado.

Los partos por cesárea han aumentado de 10,5 por cada 100 nacidos vivos en 1985 a 19,2 en 1996, alcanzando se 20% límite para una asistencia obstétrica de calidad. La menor tasa se da en los hospitales del Sistema público de Salud. El aumento de cesáreas se ha dado en hospitales públicos y privados, pero es más notorio en los privados, en 1996 la tasa ya era de 25,7 en los hospitales privados.

Las principales causas de muerte asociadas a cesárea son las complicaciones anestésicas, infección, embolia pulmonar y hemorragia. Estas causas son similares a las de otros tipos de cirugía abdominal.

Un estudio realizado por el Servicio de Anestesia del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla obtiene los siguientes resultados:

El 0,2% de las pacientes obstétricas atendidas en su hospital pasan por la unidad de cuidados intensivos obstétricos. La tasa de mortalidad materna ha ido disminuyendo progresivamente en las últimas décadas a lo cual ha contribuido la posibilidad de ingreso en UCI a pesar de que la patología no ha variado en los últimos años. Las tres primeras causas de ingreso en su unidad de recuperación obstétrica fueron las siguientes: Preeclampsia, hemorragia postparto y edema agudo de pulmón. La preeclampsia presentó unas tasas de mortalidad materna del 2-16/100.000 nacidos vivos, la principal causa de mortalidad en la preeclampsia es la hemorragia intracraneal. De 23.246 partos en tres años, 19537 fueron vaginales, 3709 fueron cesáreas. Hubo una incidencia de preeclampsia del 0,6% de los partos (146 casos), 746 pacientes pasaron por la unidad de recuperación obstétrica. Hubo una mortalidad materna entre las ingresadas del 0,3% de las pacientes (2 casos), una por hemorragia intracraneal debida a una preeclampsia y otra por Tromboembolismo pulmonar. La incidencia de complicaciones de la Preeclampsia como puede ser la Eclampsia y el Edema Agudo de Pulmón está directamente relacionado con el manejo que se realice. En la Preeclampsia existe una incidencia de EAP del 1,7% de los casos y el 70% de los casos se debe a la sobrecarga de fluidos.

Las hemorragias siguen representando una de las cinco primeras causas de muerte materna en países desarrollados, 13% en EEUU y 15% en Reino Unido. En este país consideran que el 60% de las muertes se deben a una inadecuada reanimación.

La Embolia de Líquido Amniótico suele llegar a una mortalidad de hasta el 80% de los casos. En la unidad de Recuperación Obstétrica del Hospital Virgen del Rocío hubo dos casos en los tres años y ambas sobrevivieron, debido a la rápida detección y manejo del cuadro. Ambas tuvieron lugar durante el periodo expulsivo y el diagnóstico de sospecha se realizó por la brusca aparición de taquipnea, disminución de la saturación de oxígeno e inestabilidad hemodinámica.

La mortalidad materna global en los tres años fue de 9/100.000. Como conclusión. Las unidades de recuperación obstétrica han contribuido a bajar la mortalidad materna.

Hemos consultado en la base de datos de nuestro hospital, al servicio de anatomía patológica, al servicio de control de gestión, al servicio de urgencias y en el libro de partos de la unidad de y a diversos facultativos responsables del registro de defunción materna. Los datos obtenidos fueron los siguientes:

En el año 2000 se realizaron en el hospital 8628 partos de los cuales vaginales fueron 6891 (79,73%), cesáreas 1752 (20,27%). Se registra una muerte materna pero al investigar encontramos que tiene 52 años, al seguir buscando datos encontramos que la muerte se produce tras una mastectomía. El error es debido a que la paciente fue trasladada de una planta de ginecología a una

planta de obstetricia y por lo tanto se registró como muerte materna, lo que desconocemos es si hubo alguna muerte materna que por no producirse en el hospital maternal no se registrara como tal, como vemos nos ocurre en años posteriores.

En el año 2001 se realizan en La Paz 9152 partos, de los cuales 7282 son vaginales (79%), 1870 son cesáreas (20,43%) y hay que lamentar una muerte materna, que no aparecía como tal porque ingreso directamente en UVI Al revisar la autopsia encontramos que se trata de una gestante de 23 semanas que fallece por un hematoma intraparenquimatoso.

En el año 2002 realizamos 9726 partos, 7602 son vaginales (78,15%) y 2116 son cesáreas (21,85%). En este año encontramos dos muertes maternas ambas e dos primigestas una de 25 años y otra de 27, una ingresa por bolsa rota y otra por dinámica uterina. En las necropsias ambas fallecen por Embolia de Líquido Amniótico. Sólo una estaba registrada como éxitus, desconocemos el motivo.

En 2003 se realizaron 10149 partos de los cuales acabaron en parto vaginal 8027 (79,09%) y en cesárea 2122 (20,91%) y no hubo que lamentar ningún deceso, o al menos así consta en registro.

En 2004 hubo 10042 partos de los cuales vaginales se hicieron 7535 (75,03%) y 2507 cesáreas (24,97%). En el registro de muerte materna no se registra pero este año se produjo la muerte de una mujer como complicación de una cesárea programada, la paciente fue trasladada a la unidad coronaria del hospital general donde murió tras una parada cardiaca, por lo cual no figura en el registro de muertes maternas.

En 2005 tuvimos 10300 partos de los cuales 7697 (76,04%) fueron vaginales y cesáreas 2425 (23,96). En este año aparecen dos muertes maternas una de ellas por Embolia de Líquido Amniótico y la otra fue un parto atendido en casa que ingresó posteriormente por hemorragia, se le realizó una extracción manual de placenta y no se la pudo remontar.

En 2006 atendimos 10184 partos, 7730 (74,59%) vaginales, 2634 (25,41) cesáreas y no tenemos registrada muerte materna alguna.

Los datos proporcionados por las investigaciones realizadas en numerosos y prestigiosos hospitales indica que la mayor parte de las complicaciones obstétricas no pueden prevenirse ni evitarse, con una excepción las complicaciones provenientes de abortos inducidos inseguros. Un informe realizado por la O.M.S. indicó que la evaluación del riesgo no ha sido una estrategia eficaz en la prevención de la mortalidad materna.

Si las complicaciones obstétricas no pueden prevenirse, tal vez el tratamiento temprano y precoz de las enfermedades y la rápida respuesta a las complicaciones sea la mejor respuesta. Ya que todas las mujeres embarazadas corren el riesgo de sufrir complicaciones obstétricas, necesitan tener acceso a un servicio de cuidados obstétricos de emergencia. Con el tratamiento

adecuado la mayoría de las muertes maternas pueden prevenirse, el acceso rápido a los cuidados obstétricos de emergencia es crucial. Cualquier demora en la aplicación a la mujer de un tratamiento correcto le puede costar la vida. Hay muchas causas capaces de ocasionar estas demoras, se agrupan según el modelo denominado "las tres demoras". El modelo especifica que estas tres demoras posiblemente contribuyen a la muerte de la mujer:

- Demora en la decisión de buscar ayuda
- Demora en llegar al centro de tratamiento
- Demora en recibir el tratamiento adecuado en el centro

Para la tercera demora se han propuesto las siguientes medidas:

- .Infraestructura funcional
- .Disponibilidad de medicaciones
- .Equipo preparado y adecuado
- .Capacidad de interconsultas
- .Soporte de Unidades de Cuidados Intensivos
- .Acreditación hospitalaria
 - Leyes adecuadas
 - Auditorias pertinentes
 - Incentivaciones económicas

Cualquier análisis completo sobre las causas de mortalidad debería incluir conclusiones sobre las muertes potencialmente evitables, de acuerdo con la práctica clínica y los recursos tecnológicos disponibles. El Comité de Mortalidad Materna del estado de Oklahoma expone que el 67% de las muertes maternas ocurridas entre 1950 hasta 1979, existen factores potencialmente evitables. Las actuaciones u omisiones del personal sanitario fueron responsables de los factores de riesgo evitables en el 52% de las muertes maternas, el comportamiento de las pacientes lo fue en un 34% de las muertes, una combinación de las conductas del personal sanitario y de las pacientes lo fue del 12% y el resto lo fue de un conjunto de circunstancias donde las implicaciones son múltiples.

Debido a que se pueden identificar factores evitables , aún puede lograrse una disminución de la tasa de mortalidad materna. Para ello serán necesario importantes esfuerzos.

CONCLUSIONES

- Cualquier mujer puede tener complicaciones inesperadas e impredecibles durante su embarazo, parto y puerperio. La matrona es el profesional que más cerca se encuentra de la gestante, sobre todo durante el parto, por lo cual deberá tener muy en cuenta esta posibilidad, reconocer los signos, saber responder y ser lo bastante diligente en dicha respuesta.
- Los medios adecuados para dar respuesta a estas temidas complicaciones son indispensables así como la formación de los profesionales del parto, como así lo ha evidenciado la disminución de la mortalidad materna en los países desarrollados a lo largo del siglo XX.

- La mortalidad materna en los países desarrollados es muy baja pero no por ello deja de ser fundamental su estudio. La muerte de la madre representa un drama social y familiar:
 - La pérdida materna aumenta las probabilidades de morbimortalidad en el recién nacido.
 - Para una familia de un país de nuestro entorno resulta muy difícil asumir una muerte materna, por explicaciones que reciban el resultado es tan doloroso que suele acabar en procesos judiciales.
 - Es importante el impacto que causa en el profesional la pérdida de una mujer joven y generalmente sana que se pone en sus manos para traer al mundo a sus hijos.

- Según los datos revisados en los distintos estudios debemos asumir que la mortalidad materna se da, la estadística por el momento se está cumpliendo. Nuestra obligación es proveer a cualquier mujer de los cuidados excelentes para evitar estos desenlaces, pero también es necesario asumir que aún hecho lo correcto a veces estas pérdidas se producen y a cualquiera de nosotros nos puede tocar sufrirlas y lo deseable sería hacerlo sin culpabilidades.

- Quizá deberíamos reflexionar sobre si todos los hospitales en los que se realizan partos en nuestro país reúnen los óptimos criterios que anteriormente se han expuesto como decisivos para solucionar los problemas que puedan surgir. También sería interesante plantearse si la actuación profesional está siempre encaminada al bien de la mujer y el niño o a otros intereses. Nuestro criterio y crítica al respecto es importante a la hora de asumir la prioridad que supone la salud de la mujer y el niño, no es responsabilidad exclusiva del facultativo, la matrona como profesional cualificado y decisivo en la atención al proceso perinatal debe plantearse qué es lo que se está haciendo en determinados sectores y qué es lo mejor para la salud materna y del neonato.

AGRADECIMIENTOS

Al Servicio de Anatomía Patológica del hospital La Paz

Al Servicio de Control de Gestión del Hospital La Paz

Al servicio de Urgencias del Hospital La Paz

Al servicio de admisión del hospital La paz

Y nuestro más sentido homenaje a todas las mujeres que han perdido la vida para traer otra al mundo...

BIBLIOGRAFÍA

Cabero Roura. Mortalidad Materna . Ginecología y obstetricia, nº 60. Noviembre 2006.

Fathalla M, Rosenfield A, Indriso C, Sen D., Ratnan S., Mortalidad maternal. Salud reproductiva. Aspectos globales (Figo, manual de reproducción humana).

E. Fabre, R. González de Agüero y J.L. de Agustín: Mortalidad Materna, 4ª edición Obstetricia, páginas 797-815.

Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción 9ª revisión. Ginebra: OMS 1997.

De Miguel Sesmero JR, Temprano González MR. Mortalidad Materna en España en el periodo 1995-1997: Resultados de una encuesta hospitalaria. Prog Obstet Ginecol. 2002;45(12):524-523.

De Miguel Sesmero JR: Morbimortalidad Materna y Morbimortalidad Perinatal. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción, 2003. pg 1090-1095.

González González G., Suárez Delgado JM, Moreno de la Fuente ML, Pajuelo Gallego A, Murillo García H: Patología y Morbimortalidad en una unidad de Reanimación Obstétrica. Rev. Anestesia y Reanimación 2005, 52:71-74.

De la Torre JL, Coll C, Colomo M, Martín JL, Padrón E : Anales del Sistema Sanitario de Navarra, vol. 29, supl. 1, Pamplona 2006.

Yacer A. : Mejorar la Salud de la Mujer. Informe SESPAS, Sevilla 1999.

Martín García M: La mala Salud de la mujer gallega. 18 Salud 2000 nº 99, Diciembre 2004.

Regidor E, Rodríguez C, Gutierrez-Fisac JR: Indicadores de Salud 3º evaluación de España del programa Regional europeo de Salud para todos. Madrid Mº de S. y C., 1995.