Artículo Original

Determinantes de la muerte materna hospitalaria en el estado de Oaxaca

Azamar-Cruz Erick*, Nigenda-López Gustavo, Lamadrid-Figueroa Héctor*****

*Servicios de Salud de Oaxaca. Instituto Nacional de Salud Pública, México.
**Harvard Global Equity Initiative, Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS). Instituto Nacional de Salud Pública. México.
***Dirección adjunta del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS). Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Correspondencia:
DSP. Erick Azamar Cruz
Servicios de Salud de Oaxaca
Calzada Porfirio Díaz 405, segundo piso
Col. Reforma. C.P. 68050

Teléfono/Fax:
(951) 5187123 / 5184240

Correo-e:
erick1233@hotmail.com

Resumen

Objetivo. Analizar los determinantes de la Muerte Materna hospitalaria en el estado de Oaxaca, a fin de contar con elementos para la implementación de estrategias específicas para su reducción.

Material y Métodos. Se realizó un estudio de casos y controles. Los casos fueron las muertes maternas ocurridas en hospitales durante 2006-2011 (n=97) y los controles (n=164) fueron mujeres atendidas en las mismas unidades hospitalarias, con el mismo diagnóstico pero que sobrevivieron. Se ajustaron modelos de regresión logística condicional.

Resultados. La baja calidad de la atención médica (RM=58.8), la falta de apego a lineamientos técnico normativos (RM=21.9), retraso en la oportunidad de la atención médica (RM=11.8), un número de consultas prenatales por debajo del número que recomienda la norma –menos de 3- (RM=6.6) y la falta de referencia oportuna (RM=2.2), incrementan el riesgo de morir durante el embarazo, parto y puerperio.

Conclusiones. La reducción de la muerte materna puede apoyarse con el re-entrenamiento del personal médico en aspectos técnicos como éticos de la atención a la salud de sus pacientes así como la adherencia a las Guías de Práctica Clínica que redunden en la calidad y desempeño de la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. En la reducción de la mortalidad materna, tanto las autoridades de salud, el personal, las organizaciones de la sociedad civil y la comunidad tienen un papel importante que jugar.

Palabras clave: Determinantes, Muerte Materna, Hospitales.

Determining factors of hospital-based maternal mortality in the state of Oaxaca.

Abstract

Objective. To analyze the determining factors of maternal hospital-based mortality in the State of Oaxaca, as a basis for the implementation of specific strategies for its reduction.

Material and Methods. A case-control study was carried out. Cases were represented by maternal deaths between 2006 and 2011 (n=97) while Controls (n=164) were represented by women who were attended in the same hospital presenting the same diagnosis, but whom instead survived. Models of conditional logistic regression were adjusted.

Results. A poor healthcare quality (OR=58.8), the failure to comply with technical and regulatory guidelines (OR=21.9), the delay of proper healthcare (OR=11.8), very few prenatal check-ups -less than 3- (OR=6.6) and the lack of timely referral (OR=2.2) increased the risk of death during pregnancy, childbirth and postpartum period.

Conclusions. The reduction of maternal mortality can be avoided by training the medical staff both in the technical and ethical aspects of healthcare, as well as by adhering to clinical practice guidelines which will therefore result in a better healthcare quality of women during pregnancy, childbirth and postpartum period. Health authorities, staff, civil society organizations and the community, all have an important role to play in the reduction of maternal mortality

Keywords. Determining Values, Maternal Death, Hospitals.

DETALLES DEL ARTÍCULO

Recibido: 15 de mayo de 2013.
Aceptado: 5 de junio de 2013.

Cómo citar este artículo:
Azamar-Cruz E, Nigenda-López G, Lamadrid-Figueroa H. Determinantes de la muerte materna hospitalaria en el estado de Oaxaca. Avan C Salud Med 2013; 1(2): 40-51

Introducción

La Muerte Materna (MM) figura entre los indicadores de salud que permiten evidenciar una de las mayores brechas que separan a ricos y pobres, tanto entre países como al interior de ellos. A nivel mundial en 2010, ocurrieron 287 mil MM con descenso del 47% desde 1990. La Razón de Muerte Materna (RMM) mundial en 2010, fue de 210 MM por cada 100,000 nacidos vivos, casi la mitad comparado con 1990 que fue de 400 por cada 100,000 nacidos vivos. La RMM en regiones en vías de desarrollo (240) fue 15 veces mayor comparada con las regiones desarrolladas.[1]

En América Latina y el Caribe, cada año mueren alrededor de 8,800 mujeres y la mayoría se presenta en los países con mayores limitaciones económicas y con la mayor dependencia económica como son Haití, Guatemala, Nicaragua, entre otros. La RMM para la región de América Latina en el 2010, fue de 80 por 100,000 nacidos vivos.[1,2] Según la Organización Mundial de la salud (OMS) una mujer embarazada que reside en un país en vías de desarrollo tiene más riesgo de morir que una mujer en un país desarrollado, y el mayor riesgo de MM corresponde a las adolescentes menores de 15 años.[1] El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida es de 1 en 3,800 en los países desarrollados y 1 en 150 en los países en desarrollo.[£]

La muerte de una mujer por causas relacionadas con el embarazo no puede ser comparada con otros problemas de salud, ya que el origen del fenómeno no es solamente un proceso biológico sino un conjunto de determinantes sociales. Por tanto, prevenir la MM es una obligación prioritaria de la sociedad en la cual deben intervenir, sectores gubernamentales, sociales y no solamente al sector salud.

Para 2004, la Secretaría de Salud (SSA) estimó el Porcentaje Atribuido a Muertes Evitables,[3] "...se trata de un indicador que muestra las debilidades de la atención a la salud en un lugar y momento dado... puesto que mide indirectamente la efectividad y oportunidad de las acciones en salud, se le recomienda como un "*proxy*" que puede permitir identificar problemas en la calidad de la atención... si se estudia su distribución geográfica permite identificar áreas de elevado rezago... accede a evaluar un espectro amplio de componentes de los Sistemas de Salud (equidad, calidad, etc.)..."[4] El informe señala que Nuevo León no registró muertes evitables, a diferencia de lo ocurrido en Oaxaca (75.9%), Chiapas (79.3%) y Guerrero (82.7%).

Numerosos estudios destacan la influencia que los factores sociodemográficos y obstétricos ejercen sobre la MM, como son: edad de la madre, estado civil, escolaridad, número de gestaciones y de partos, periodo del embarazo, lugar y persona que le atiende, utilización de los servicios, etc.[5-8] En los últimos años se le ha dado importancia al estudio de los factores de riesgo para MM,[9] haciendo énfasis en los determinantes sociales, culturales, económicos, entre otros. Algunos otros estudios se han interesado en evaluar el efecto de ciertos aspectos relacionados con la atención hospitalaria como la operación cesárea y la calidad de la atención quirúrgica.[10] Por otro lado, se han estudiado importantes determinantes de desigualdad e inequidad social, tales como la accesibilidad de los servicios y su utilización oportuna, como los trabajos de Freyermuth (2009)[11] y Sesia (2011).[12]

La Razón de Muerte Materna (RMM) en Oaxaca permanece por arriba de la media nacional, a pesar de los múltiples intentos por abatirla. Para el estado sigue siendo un problema de salud pública, por lo que, en el presente estudio se analizan los determinantes asociados a la MM hospitalaria, tales como las características sociodemográficas, obstétricas y de calidad de la atención, vistos

[£]Riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida: probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna.
[¢]Detección de eslabones críticos es la herramienta para transitar desde el análisis enfocado en las complicaciones de la paciente, al escrutinio de las fallas del sistema de atención. El supuesto es que cada mujer que murió es representativa de otras mujeres que -en condiciones similares- acuden hoy a los servicios y que si no hacemos algo distinto, no vamos a prevenir otra muerte materna.

a través de la utilización de la metodología de eslabones críticos*,[13] aplicados tanto a mortalidad como a morbilidad obstétrica, como herramienta metodológica para el análisis de las variables en estudio; lo anterior, para contar con elementos para la implementación de estrategias específicas para su reducción.

Material y Métodos

El diseño fue de casos y controles, retrospectivo y analítico. De las 363 MM ocurridas en el periodo 2006-2011 en el estado de Oaxaca, se eliminaron las que no cumplían criterios de selección (muerte en hospital público, con expediente clínico, certificado de defunción y clasificación final de MM) obteniendo una muestra de 97 MM (casos) ocurridas en unidades hospitalarias públicas en el periodo. Cada caso fue pareado para obtener los controles de acuerdo a los criterios establecidos (pacientes atendidas en la misma unidad hospitalaria donde se presentó una MM, que solicitaron atención obstétrica el mismo día o el más cercano a la MM), obteniéndose 164. De cada una de las MM se revisó el análisis realizado a través de la metodología de eslabones críticos. Los expedientes del grupo control se sometieron también al proceso de revisión de morbilidad a través de la misma metodología, para obtener las variables de análisis respectivas.
Para el análisis estadístico se realizó un análisis descriptivo, utilizando pruebas de t y ji cuadrada para variables continuas y categóricas, respectivamente. Para estimar la asociación entre la MM y las variables sociodemográficas y obstétricas de interés se calcularon razones de momios (RM) con un intervalo de confianza (IC) del 95%, por medio del ajuste de modelos de regresión logística condicional que permitieran relacionar las variables con la ocurrencia de muerte. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico STATA 11.0.

Resultados

Se estudiaron un total de 97 casos y 164 controles en el periodo. De acuerdo con las variables cuantitativas sociodemográficas y obstétricas, se observó que la media de edad para las casos fue de 27.59 años, mientras que en los controles fue de 27.86, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa (p=>0.05). La media de gestaciones previas en los casos fue de 2.52 con una desviación estándar de 1.35 y un rango de 1 a 7 embarazos, mientras que en los controles fue de 2.21, con una desviación estándar de 1.43 y un rango de 1 a 6 embarazos, sin diferencia estadísticamente significativa (p=>0.05). La media de consultas prenatales en los casos fue de 0.92 con una desviación estándar de 1.30 y un rango de 1 a 5 consultas y en los controles una media de 2.79, con una desviación estándar de 1.79 y un rango de 0 a 6 consultas, con una diferencia estadísticamente significativa (p=<0.05) (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y obstétricas relacionadas en los casos y los controles

Factores relacionados	Casos n=97				Controles n=164			
	n	Media	DE	Rango	n	Media	DE	Rango
Edad	97	27.59	7.70	14 - 46	164	27.86	7.66	14 - 42
Gestas	97	2.52	1.35	1 - 7	164	2.21	1.43	1 - 6
Consultas PN	48	0.92	1.30	1 - 5	135	2.79	1.79	0 - 6

Fuente: Base de datos

Características sociodemográficas

La mayor proporción de MM se observó en mujeres de 35 años y más (26.80%) seguido del grupo de 20 a 24 años (25.77%), mientras que el grupo control tuvo su frecuencia más alta en el grupo de 20 a 24 (25%) seguido del de 35 años y más (23.17%) y de 25 a 29 años (20.73%). La mayor proporción de MM ocurrió en amas de casa (93.81%) al igual que la morbilidad (76.22%). En cuanto a nivel de escolaridad en el grupo de casos se observó el porcentaje más alto de analfabetismo (10.31%), así mismo el de alfabetas (43.30%), en cambio el grupo control mostró que casi tres cuartas partes tenían por lo menos primaria completa (73.78%) y sólo un 1.22% de analfabetas. El estado civil del grupo de casos fue del 55.67% en unión libre y 26.80% casadas, en tanto que, en el grupo control fue 40.85% en unión libre y 10.37% casadas. La mayor proporción de casos se registró en la jurisdicción sanitaria 01 (30.93%) y la menor en la 06 (7.22%), siendo en las otras cuatro similar del 16.49%; mientras que la distribución de los controles se dio en orden descendente en las jurisdicciones 01 (41.46%), 03 (20.12%), 04 (17.68%), 02 (8.54%), 05 (7.32%) y 06 (4.88%). En los casos el 37.11% de las mujeres pertenecían a un Municipio de Bajo Indice de Desarrollo Humano (MBIDH), mientras que del grupo control solo el 5.49% (Tabla 2).

Características obstétricas

En el grupo de casos, el 75.26% de las atenciones ocurrieron en el puerperio y 17.53% durante el embarazo y en el grupo control el 57.93% fueron atenciones durante el embarazo, seguido del 29.27% en el puerperio. Al analizar el periodo del embarazo, se encontró que la mayoría de las atenciones sucedieron en el tercer trimestre en ambos grupos (76.29% y 90.85%, casos y controles, respectivamente). Referente a la persona que proporcionó la atención, el personal médico proporcionó con mayor frecuencia la atención, con predominio en los controles (80.41% casos y 95.73% controles). El principal resultado de la atención fue el parto vaginal distócico en el 39.18% de los casos, seguido del vaginal eutócico en el 23.71% y 19.59% de cesáreas, a diferencia de los controles que reportaron 42.07% de cesáreas, seguido de 31.71% de partos distócicos y 23.17 de partos eutócicos. De acuerdo con la clasificación final, la mayoría de los casos fallecieron por trastornos hipertensivos asociados al embarazo (THE), hemorragias y muertes indirectas (32.99%, 28.87% y 24.74% respectivamente). En los controles los trastornos hipertensivos asociados al embarazo y hemorragias obstétricas fueron las principales causas de morbilidad (42.68% y 17.07% respectivamente). En cuanto a la atención prenatal se observó que del total de las MM, menos del 40% tuvieron al menos una consulta prenatal (39.18%), y en los controles el 50.71% tuvieron tres consultas o más (Tabla 3).

Características de calidad

En el grupo control se observó que menos de la mitad de las mujeres tienen registro en expediente clínico de que se dieron de alta con un método anticonceptivo posterior al evento obstétrico (47.56%), mientras que en los casos fue del 5% el registrado y en el 52.58% se ignora. De las MM, 53.61% tuvieron una referencia a una unidad de mayor capacidad resolutiva y de éstas, sólo 25% fueron hechas con oportunidad; a diferencia del grupo control donde 65.85% contaron con referencia y de éstas 38.89% fueron oportunas. En el grupo control sólo en 39.02% se realizaron contrareferencias.

Respecto a la evaluación de calidad de la atención del parto (vaginal o abdominal) se definió que sólo 30.93% de los casos cubrieron los criterios de apego a norma y lineamientos técnicos, y en los controles 96.34%. Derivado de la revisión del apego a las Guías de Práctica Clínica (GPC) específicas de atención médica obstétrica, incluyendo emergencia obstétrica, en los casos se observó que solo 50.52%, cumplieron los criterios mientras que de los controles el 95.73%. Finalmente, después del análisis se definió que del total de los casos, 10.31%

fueron muertes que pudieron prevenirse por diagnóstico y 45.36% que pudieron evitarse con la aplicación de la tecnología disponible y buena calidad de la atención (Tabla 4). Esto puede estar relacionado con la capacidad de respuesta institucional para la atención de la emergencia obstétrica, capacidad instalada en los hospitales, conocimiento de las GPC, habilidades y destrezas del personal, sobresaturación de los servicios de urgencias, involucramiento de todo el personal en la atención de la mujer embarazada, así como de la gravedad de la paciente al ingreso a las unidades médicas.

Tabla 2. Características sociodemográficas relacionadas con los casos y los controles

Factores relacionados		Casos		Controles		*p*
		n = 97	%	n = 164	%	
Edad	< 20	15	15.46	25	15.24	0.675
	20 – 24	25	25.77	41	25.00	
	25 – 29	17	17.53	34	20.73	
	30 – 34	14	14.43	26	15.85	
	35 o más	26	26.80	38	23.17	
Ocupación	Ama de casa	91	93.81	125	76.22	0.007
	Comerciante	1	1.03	11	6.71	
	Artesana	2	2.06	2	1.22	
	Estudiante	0	0.00	7	4.27	
	Otras	3	3.09	19	11.59	
Escolaridad	Alfabeta	42	43.30	41	25.00	0.000
	Analfabeta	10	10.31	2	1.22	
	Primaria	41	42.27	89	54.27	
	Secundaria	3	3.09	31	18.90	
	Otro	1	1.03	1	0.61	
Jurisdicción Sanitaria	01 Valles Centrales	30	30.93	68	41.46	0.146
	02 Istmo	16	16.49	14	8.54	
	03 Tuxtepec	16	16.49	33	20.12	
	04 Costa	19	19.59	29	17.68	
	05 Mixteca	9	9.28	12	7.32	
	06 Sierra	7	7.22	8	4.88	
MBIDH	Si	36	37.11	9	5.49	0.000
	No	61	62.89	21	12.80	
Estado civil	Soltera	17	17.53	79	48.17	0.005
	Casada	26	26.80	17	10.37	
	Unión Libre	54	55.67	67	40.85	
Otro	0	0.00	1	0.61		

Fuente: Base de datos.

Tabla 3. Características obstétricas relacionadas con los casos y los controles

Factores relacionados		Casos		Controles		*p*
		n = 97	%	n = 164	%	
Etapa	Embarazo	17	17.53	21	12.80	0.000
	Parto	7	7.22	95	57.93	
	Puerperio	73	75.26	48	29.27	
Persona que atendió	Personal médico	78	80.41	157	95.73	0.612
	Partera	3	3.09	6	3.66	
	Otro	2	2.06	1	0.61	
	Se ignora	14	14.43	0	0.00	
Trimestre del embarazo	Primero	10	10.31	5	3.05	0.002
	Segundo	13	13.40	10	6.10	
	Tercero	74	76.29	149	90.85	
Resultado de la atención	Vaginal eutócico	23	23.71	38	23.17	0.001
	Vaginal distócico	38	39.18	52	31.71	
	Abdominal	19	19.59	69	42.07	
	Aborto	5	5.15	5	3.05	
Clasificación final	THE	32	32.99	70	42.68	0.007
	Hemorragia	28	28.87	28	17.07	
	Sepsis puerperal	9	9.28	5	3.05	
	Indirecta	24	24.74	NA	NA	
Consultas prenatales	0	59	60.82	29	17.68	0.000
	1	8	8.25	10	6.10	
	2	14	14.43	32	19.51	
	3	12	12.37	27	10.46	
	>=4	4	4.12	66	40.25	

NA: No aplica

Fuente: Base de datos.

En la tabla 5, se muestran los resultados de la regresión logística condicional para la identificación de factores de riesgo asociados a la MM hospitalarias; debido a problemas de colinealidad no se incluyeron los factores de calidad y emergencia obstétrica. Se asoció significativamente la oportunidad de la atención médica (RM=9.57, IC: 4.51-20.28).

Discusión

Los resultados obtenidos del análisis realizado muestran algunas diferencias en las características sociodemográficas de las mujeres con mortalidad y morbilidad materna. Dado el pareamiento hecho sólo por unidad de atención y diagnóstico, las condiciones que originaron la búsqueda de la atención médica

y la calidad, teóricamente son las mismas, en casos y controles. No se pareó ninguna otra variable desde el diseño, por lo que el efecto de las mismas puede tener sesgos, pues hubiera complicado en demasía la identificación de los controles. No se describen diferencias importantes en relación a la media de edad y número de gestas en ambos grupos.

Tabla 4. Características de calidad relacionadas con los casos y los controles

Factores relacionados		Casos		Controles		*p*
		n = 97	%	n = 164	%	
APEO	Si	5	5.15	78	47.56	0.000
	No	41	42.27	83	50.61	
	Se ignora	51	52.58	3	1.83	
Referencia	Si	52	53.61	108	65.85	0.028
	No	45	46.39	56	34.15	
	Oportuna	13	25.00	42	38.89	
Contrareferencia	Si	0	0.00	64	39.02	-
	No	97	100.00	97	59.15	-
Calidad de atención	Si	30	30.93	158	96.34	0.000
	No	67	69.07	6	3.66	-
Apego a normativa	Si	49	50.52	157	95.73	0.925
	No	26	26.80	7	4.27	
Muerte prevenible	Si	10	10.31	NA	NA	-
	No	84	86.60	NA	NA	-
Muerte evitable	Si	44	45.36	NA	NA	-
	No	49	50.52	NA	NA	-

Fuente: Base de datos

NA: No aplica

Tabla 5. Regresión Logística Condicional para la estimación de RM e IC al 95% de los factores asociados a la Muerte Materna en los Hospitales de Oaxaca

Factor de riesgo	RM	IC (95%)		*p*
Apego a GPC	1.14	0.59	2.22	0.697
Oportunidad de la atención	9.57	4.51	20.28	0.000
Atención prenatal	0.67	0.32	1.42	0.297
Oportunidad de la referencia	0.42	0.19	0.91	0.028

Fuente: Base de datos

Tabla 6. Razones de momios de factores relacionados

Factor relacionado		RM cruda	IC 95%	RM ajustada	IC 95%
Factor	Categoría de Riesgo				
Gestas	>3	0.9	0.75 - 1.95	1.1	0.95 - 1.35
Referencia	No	2.2	0.85 - 13.54	3.6	0.02 - 18.30
Apego a GPC	No	21.9	12.36 – 31.05	10.7	5.57 – 16.99
Atención prenatal	<3	6.6	0.30 - 38.01	3.1	1.76 - 5.55
Oportunidad de la atención	No	11.8	4.78 - 19.78	9.7	4.78 - 16.68
Calidad de la atención	No	58.8	19.75 – 76.35	106.7	14.78 – 770
Emergencia obstétrica	Si	1.6	1.28 - 2.19	1.8	1.33 - 2.53
Atención por personal médico	No	1.2	0.69 - 1.47	1.6	0.40 – 8.90
Estado civil	Sin pareja	0.2	0.00 – 21.80	1.2	1.06 - 1.42

Fuente: Base de datos

Se encontró que la mayor parte de las MM ocurrieron en los extremos de la vida reproductiva, menores de 20 y mayores de 35 años, tal cual lo respalda la literatura nacional y es consistente con lo que reporta *Kestler y Ramírez* en Guatemala en 1993 a 1996, quienes identificaron estos grupos de edad como los de mayor riesgo.

La causa principal de MM fueron los THE seguido de hemorragia obstétrica, al igual que la morbilidad en el grupo control, similar a lo reportado por *Angulo Vásquez y cols.*,[7] en el estudio realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico de Occidente en el 2007; así mismo es concordante con el análisis de MM hecho por *Ferrer Arreola y cols.*, en el Centro Médico Nacional La Raza y *Briones y cols.*, hace casi una década. Estos resultados coinciden con lo reportado a nivel nacional y mundial, en relación a este rubro, como los de *Ramos J y col.*, quienes en el 2003, al analizar los casos de muerte ocurridos en el Hospital de Porto Alegre hallaron que las causas obstétricas fueron las responsables del 61.7%, destacando la hipertensión arterial (18.5%), la infección post cesárea (16%) y el aborto séptico (12.3%).[14] *García y col.*, en el 2002, con la finalidad de determinar las tasas de MM y sus principales causas, estudiaron las muertes maternas ocurridas en los hospitales del Municipio Maracaibo, Venezuela, encontrando que las principales causas de muerte fueron: hemorragia, sepsis y trastornos hipertensivos, con 35.38%, 25% y 20.77%, respectivamente.[15] Lo que hace pensar que se podría coadyuvar a la disminución de la MM, garantizando una atención obstétrica de calidad, en condiciones físicas adecuadas, con los insumos mínimos, la atención de personal médico calificado y en unidades médicas resolutivas.

Cuando una mujer embarazada acude a control prenatal ayuda a detectar de manera oportuna complicaciones durante el embarazo y es esencial para la madre y el producto, siempre y cuando la atención sea de calidad, con apego a lineamientos técnico-normativos como GPC, NOM, etc. En relación con los determinantes del sistema de salud asociados a MM, se halló que el 60.82% de las mujeres que fallecieron no habían controlado su embarazo, muy por arriba de la media nacional que es del 13%, a diferencia del 17.68% de las que no murieron, encontrando diferencias altamente significativas ($p<0.001$); del mismo modo, se observan diferencias en el número de consultas prenatales en ambos grupos, mientras que en los casos, la media fue de 0.92, en los controles fue de 2.79; el 50.71% de los controles tenían 3 o más controles, a diferencia de las que murieron quienes sólo 16.49% tenían igual número de controles, hallándose diferencias significativas ($p<0.001$); estos resultados coinciden con lo reportado por *García J y col.*, quienes en el 2002 en Venezuela, al estudiar la TMM y sus principales causas ocurridas en los hospitales del municipio de Maracaibo-Venezuela hallaron que 73.46% de las gestantes no habían controlado su embarazo,[15] lo que sugiere que se hace necesario intensificar las acciones del primer nivel de atención en relación a la búsqueda, control y atención de la mujer durante el embarazo, tomando en cuenta los aspectos culturales y sociales de cada región, siendo incluyentes con la pareja, familia y autoridades locales municipales y en salud.

Se observó también que la falta de referencia oportuna de la mujer gestante a un nivel resolutivo superior incrementa 2.2 veces el riesgo de morir. La falta de oportunidad para recibir atención médica incrementa 9.57 veces el riesgo de morir, lo cual es una diferencia significativa ($p<0.05$). La falta de apego a normativa nacional vigente como las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y las Guías de Práctica Clínica (GPC) representó el mayor riesgo de morir (RM=21.9), lo que se refleja en la deficiente calidad y oportunidad de la atención médica, al no cumplir con los aspectos médicos mínimos de la atención de las mujeres. Estos datos son consistentes con lo reportado por los Grupos de Evaluación Nacional desde el 2008 en nuestro país.[16] El 10.31% de las muertes eran prevenibles y el 45.36% eran evitables; la principal falla está vinculada a la calidad y oportunidad de la atención; la letalidad de la hemorragia obstétrica y de la preeclampsia/eclampsia, cuando se manejan adecuadamente, es muy baja (1% y 1.7% respectivamente).[12,17] De acuerdo a la propuesta de *Deborah Maine*, este aspecto correspondería a la tercer demora. Al respecto, *Vélez G y col.*, en 2006 con el objetivo de identificar los factores que predisponen a la mortalidad materna en el departamento de Antioquía, Colombia durante 2004-2005, identificaron las mismas tres demoras propuestas hace más de 10 años por *Deborah Maine y cols.*, la primera a nivel comunitario, relacionada con la demora para identificar la enfermedad y consultar; la segunda se refiere a la demora en acceder al servicio de salud y la tercera es la demora en recibir una atención con calidad y oportunidad en la institución de salud.[17] De acuerdo con los componentes identificados a través de eslabones críticos por el grupo REMA (Equipo Federal para Reducir la Muerte Materna), antes AIDeM (Grupo de Atención Inmediata de las Defunciones Maternas), se observó que el manejo incorrecto de las complicaciones de atención del parto, ocupó el primer lugar en 2009 con 12%, seguido de la falta de identificación de factores de riesgo con 13.4%. La mayoría de los componentes identificados corresponden a la calidad de la atención médica en el segundo nivel.[16, 17]

Los resultados de este estudio apuntan a una dirección similar a otros trabajos sobre el tema, y no son diferentes a lo reportado por el Equipo Federal para la Reducción de la MM (Grupo REMA) en la visita de análisis a dos unidades hospitalarias del Estado en el 2011;[18] la mala calidad de la atención médica, la falta de apego a lineamientos técnico normativos (RM=21.9), como Guías de Práctica Clínica (GPC) y Normas Oficiales Mexicanas (NOM), retraso en la oportunidad de la atención médica (RM=11.8), una atención prenatal por debajo del número que marca la norma

-menos de 3- (RM=6.6) y la falta de referencia oportuna (RM=2.2), (Tabla 6) incrementan el riesgo de morir durante el embarazo, parto y puerperio. La reducción de la MM sólo podrá lograrse con la participación de las autoridades de salud y el personal médico en contacto con estas mujeres, ya que los factores más fuertemente asociados están relacionados con la calidad de la atención médica, sin dejar de lado la participación de diversos sectores de la sociedad civil, como los auditores externos de estos procesos.

La falta de apego a la normatividad y a las GPC para la atención del parto y complicaciones obstétricas, podría estar asociada al déficit de recurso humano médico especialista en todos los turnos en los hospitales del interior del estado, así como los elevados porcentajes de ocupación hospitalaria a expensas del servicio de gineco-obstetricia, el cual en promedio supera el 55% en todas las unidades, además de la falta de habilidades y destrezas para la atención de la emergencia obstétrica, desconocimiento de la normativa y falta de equipamiento básico completo e insumos específicos.[19]

Con estos resultados se deben recomendar estrategias de prevención de la MM hospitalaria que incluyan la detección temprana de complicaciones obstétricas desde el primer nivel de atención, favoreciendo el control prenatal oportuno, y la atención oportuna de las mismas; de igual modo hay que incidir en la formación de personal médico de primero y segundo nivel capacitado en habilidades y destrezas para la atención del embarazo, parto y puerperio, que posea apego a lineamientos de las GPC, calidad y oportunidad de la atención, fortaleciendo la capacidad instalada de cada unidad con los insumos mínimos necesarios, recursos humanos, equipamiento, accesibilidad a hemoderivados, entre otros, además de la utilización de los servicios médicos con oportunidad, por la población.[20]

Es de considerar también que hay otro grupo de MM que no se registraron en un nivel hospitalario y que podrían reflejar características adversas en el contexto social, cultural, político y geográfico que necesitan revisarse en estudios posteriores.

Como limitaciones de este estudio se pueden considerar el hecho de que los datos empleados para el mismo fueron de bases estatales, que el análisis de eslabones críticos fue elaborado por personal responsable de los programas que no conocieron a las pacientes, lo que considera que esta información puede tener algunas diferencias con el comportamiento real. El hecho de que los datos de los controles se obtuvieron en la revisión de expedientes clínicos de pacientes que no se conocieron también pudo ocasionar sesgos de selección para obtener la información. Estas limitaciones de errores y deficiencias en la obtención de la información se compensaron con el análisis inferencial estadístico multivariado, que incluyó ajuste por las variables confusoras.

Conclusiones

La Muerte Materna (MM) como problema de salud pública, es la manifestación negativa de una cadena de eventos de origen multifactorial, individuales, familiares, comunitarios, estatales, nacionales y, sobre todo, de los sistemas de salud. Cada uno de estos eventos presenta, a su vez, una serie de interacciones con un sinfín de características que varían de acuerdo al contexto y óptica con que se les observe a las situaciones económicas, sociales, culturales, políticas, biológicas, etc.

Toda esta cadena de eventos es directamente proporcional a las políticas en salud en un periodo establecido, lo que en forma expedita repercute en la atención de las mujeres y que se refleja en las estadísticas de MM.

Siendo Oaxaca un estado con gran diversidad en todos los aspectos (sociales, culturales, políticos, lingüísticos, etc.), en el presente estudio sólo se revisaron los principales determinantes hospitalarios que se asocian a la MM, eventos que cuando se entrelazan aumentan la probabilidad de morir de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio y que requieren

de mayor atención e implementación de estrategias específicas.

Es menester pues, en apego a lo planteando en el Plan Estatal de Salud 2010-2016, fortalecer la estrategia basada en la instalación de redes de servicios de salud, [9] que ayuden, por un lado, al continuo de la atención médica a la mujer embarazada desde etapas tempranas, hasta el puerperio tardío, favoreciendo por otro lado, la atención médica de calidad. Esta última, se logra a través de la estandarización y apego a la normativa existente, conforme a los diferentes cuadros clínicos, desde el primer nivel de atención incluyendo salud reproductiva, acceso a métodos de planificación familiar (PF) y anticoncepción post-evento obstétrico (APEO) y finalmente, la canalización oportuna de pacientes previa estabilización, para brindarles así la oportunidad de sobrevivir al embarazo, parto y puerperio, mejorando así la calidad de la atención obstétrica. La estrategia de las redes de servicios está precisamente basada en la mejora de la accesibilidad y acercabilidad de los servicios, así como en el apego a las GPC de la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Es evidente que, por involucrar a recursos humanos, en todos sus niveles, esto implica que para lograr impacto sobre la salud materna, se requiere decisión política y cambios actitudinales del personal de salud, que les permita ver que una MM evitable, es responsabilidad de todos y cada uno de los implicados en el proceso de atención y que la atención médica debe ser integral, integrada, continua, permanente, activa, accesible basada en el trabajo en equipo, comunitaria, participativa, programada, evaluable, con apego a la normatividad vigente de acuerdo a las diferentes entidades patológicas asociadas, con sentido de calidad, calidez y seguridad de la atención médica, ya que justamente son ellos los principales actores de cambio de la atención de estas mujeres.

Es significativo recalcar que no se debe dejar de lado la importancia de las intervenciones preventivas y de promoción en las unidades de primer nivel de atención, como primera línea de contacto, para incidir en la disminución de embarazos de riesgo, y en caso de que surjan complicaciones, en las unidades hospitalarias asegurar su atención, con un envío oportuno y previa estabilización.[18] El personal de estas unidades debe contar con las destrezas y habilidades técnicas y conocimiento para la atención con apego a las GPC, favoreciendo así una mejora en la calidad de la atención médica. Por lo tanto, se deben establecer esquemas de detección de complicaciones durante el embarazo mediante el control prenatal temprano y promover estrategias intersectoriales para brindar atención a estas complicaciones, fortaleciendo la red de salud materna inmersa en las redes de servicios.

Referencias

1. World Health Organization (WHO), United Nations Children´s Fund (UNICEF), United Nations Population Fund (UNFPA), World Bank. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates. 2012.
2. Gay J., Billings D. Evaluation of The MacArthur Foundation's Work in Mexico to Reduce Maternal Mortality, 2002-2008; Reduce Maternal Mortality in Mexico. April 2009.
3. Franco F. y cols. La mortalidad en México, 2000-2004 "Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencia". México DF. Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. 2006.
4. Tobias y Jackson, 2001, citado en Franco, 2006: XVI.
5. Núñez R.M. Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas. SSA, Arranque Parejo en la Vida. 2004; 1-25.
6. INEGI. Oaxaca. XII Censo General de Población y Vivienda 2000.
7. Angulo J.A., Cortés L., Torres L.G., Aguayo G., Hernández S., Avalos J. Análisis de la mortalidad materna, en tres periodos, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente. Ginecol Obstet Mex 2007; 75(7):384-93.
8. Ferrer L., Basavilvazo M.A. Análisis de la tendencia de la mortalidad materna durante 10 años de seguimiento en una región urbana. Ginecol Obstet Mex 2005; 73:477-83.
9. Servicios de Salud de Oaxaca. Plan Estratégico para la operación de redes de servicios. 2012-2016. Enero 2013. ISBN 978-607-8153-15-2.
10. Ordaz K.Y., Rangel R., Hernández C. Factores de riesgo asociados con la mortalidad materna en el Estado de Morelos. Ginecol Obstet Mex 2010;78(7):357-364
11. Haro J.A. El planteamiento de una epidemiología sociocultural, un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances. Bueno Aires, Argentina. Ed. Lugar y Hermosillo, México, Colegio de Sonora, 2011. 241-269.
12. Freyermuth M.G. mortalidad materna. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres. Comité Promotor por una Mortalidad sin Riesgos. Centro de Investigaciones Superiores de Antropología Social. 2009; 1-57.
13. Núñez R.M., Duarte M.B., Javier L., Arroyo L. Más allá de las cifras: detección de eslabones críticos en los procesos de atención para disminuir las muertes maternas. Género y Salud en cifras. Secretaría de Salud. Mayo-diciembre 2005; vol.3, nos. 2/3: 5-15.
14. Ramos J., Martins S., Vettorazzi J., Brietzke E. Morte maternal em hospital terciário do Rio Grande do Sul-Brasil: umestudo de 20 anos.
15. García J., Molina R., Cepeda M. Tasa de mortalidad materna en los hospitales de Maracaibo 1993-2000Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela 2002; 62(2):103-108.
16. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (CNEGySR). Gobierno Federal. Grupo AiDEM. La mortalidad materna por pre-eclampsia estudiadas por Grupo AiDEM. Análisis de casos. México. 2008.
17. Vélez G., Gómez J., Zuleta J. Análisis de las muertes materna por hemorragia en el departamento de Antioquía, Colombia. Años 2004 y 2005. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol 2006; 57(3):147-155.
18. Freyermuth G., Sesia P. La muerte Materna. Acciones y estrategias hacia una mortalidad segura. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social, SERIE; México; 2009: 153-161.
19. Tzul A.M., Kestler E., Hernández B., Hernández C. Mortalidad materna en Guatemala: diferencias entre muerte hospitalaria y no hospitalaria Salud Pública Mex (mayo-junio) 2006, 48, 003: 183-192.
20. Hernández B., Langer A., Romero M., Chirinos J. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el estado de Morelos, México. Salud Publica Mex 1994; 36:521-528.