

LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL EN LA REPUBLICA DOMINICANA

:Dr. José A. Martín Vásquez

CONSIDERACIONES GENERALES:

El embarazo y el parto son los aspectos de la reproducción que están revestidos de mayor sensibilidad humana, y es preocupación de la sociedad y de los gobiernos ofrecerle durante ese período que tan sólo atañe a la mujer, la mayor protección y garantía para que ambas etapas tengan un desenlace feliz.

Para disminuir los riesgos que el embarazo y el parto conllevan, se requiere una edad óptima (entre 20 y 30 años) buena salud y disponibilidad de cuidados médicos que aseguren una vigilancia metódica y periódica desde el inicio del embarazo hasta después del alumbramiento. Otros factores que aumentan los riesgos durante este período son: la alta paridad o sea crecido número de embarazos, cortos períodos inter-embarazos y el embarazo en las edades extremas de la vida reproductiva (embarazo antes de los 18 años y después de los 34). En países como el nuestro poco favorecidos, a estos riesgo se le suman la desnutrición, deficiente cuidado prenatal y obstétrico, a veces trabajo excesivo por parte de la mujer y enfermedades causadas por inadecuadas condiciones ambientales.

Las investigaciones de riesgos obstétricos confirman que el período de mayor seguridad para la procreación en la mujer, está entre los 20 y 30 años de edad y mientras más se aleja la mujer de esta edad para la reproducción mayor es el riesgo de muerte para la madre y el niño, por complicaciones del embarazo y el parto. El riesgo es de 2 a 6 veces mayor con respecto a lo normal.

Es indiscutible que una buena nutrición y atención médica pueden reducir los riesgos relacionados con la edad y la mortalidad materna, pero nunca podrán igualarla a la que se observan en las edades óptimas. Investigaciones en los Estados Unidos han demostrado que la tasa de mortalidad materna aumentó, en un 10 a 12 por ciento por cada año que la madre se aleja de la edad óptima, porque tienen una posibilidad de dos a tres veces mayor de presentar complicaciones tales como: hemorragias, toxémias y trabajos de parto difícil y prolongado.

En países desarrollados el mayor cuidado médico reduce las muertes maternas por causas obstétricas en las jóvenes, pero no en la misma proporción a edades mayores, porque éstas por razones fisiológicas y de constitución física responden menos al tratamiento médico. En cuanto a intervalo entre partos se ha demostrado que una mujer necesita dos a tres años para responderse del desgaste fisiológico del embarazo anterior y prepararse para el otro y este intervalo debe ser mayor cuando hay dieta deficiente y desnutrición, mientras más corto es el intervalo, mayor es el riesgo de complicaciones y muerte para la madre y el niño. Cortos intervalos entre nacimientos están asociados a incidencia creciente de anemia aguda, abortos, mortalidad fetal, partos prematuros y elevada mortalidad perinatal.

La posibilidad de que una mujer muera aumenta después de su tercer parto y más aún después del quinto, y es más marcada en países en desarrollo. La alta paridad contribuye a mantener altas tasas de mortalidad materno-infantil por toxémias, hemorragias, partos distócicos, ruptura uterina, hipertensión y enfermedad renal. La severidad de estas complicaciones aumenta con la edad de la mujer, con la nutrición deficiente y

con los inadecuados cuidados prenatales y obstétricos, a lo que se une el bajo ingreso familiar, creencias y prácticas culturales desfavorables, predisposición genética y malas condiciones ambientales.

En el mundo nacen más niños que niñas, pero las mujeres viven más tiempo y sobrepasan en número a los hombres en todos los grupos de edades y después de los 25 años en los países desarrollados. Pero en algunos países en desarrollo la tasa de mortalidad de las mujeres en su edad reproductiva es mucho mayor que la de los hombres de la misma edad, en algunas ocasiones hasta un 38 por ciento más alta como en la India; en Pakistán fue de un 75 por ciento. En Bangladesh la tasa de mortalidad materna en 1970 fue de 5.7 por ciento y alcanzó 7.4 por ciento en el grupo de 15 a 19 años, tasa 50 veces mayor que la de los países desarrollados, lo que nos demuestra el alto tributo que paga la mujer en su etapa reproductiva en los países sub-desarrollados.

Las mujeres embarazadas y madres lactantes son más vulnerables a la desnutrición y sus necesidades nutricionales necesitan una definición amplia. Los requerimientos nutricionales durante el embarazo están aumentados por las necesidades del feto en desarrollo y si no recibe los nutrientes necesarios, sufre cambios fisiológicos que deterioran sus condiciones físicas y su salud, llegando a presentar el síndrome de agotamiento maternal, caracterizado por desnutrición proteico calórica, osteomalacia, anemia crónica, falta de calcio y vitamina D, deficiencia en yodo, hierro, vitamina B12 y ácido fólico. En los países en desarrollo este síndrome es más frecuente, ya que a la dieta deficiente se le agrega mucho trabajo y están infestadas de parásitos.

Otro factor desfavorable es que en muchos países del mundo, la proporción de embarazos en la adolescencia están aumentando como consecuencia de cambios sociales, mayores oportunidades para contactos sexuales entre los jóvenes, madurez sexual precoz, matrimonio a edades tempranas, factores que han determinado que los países estén confrontando problemas, porque además de mayor morbilidad en este

grupo de edades, se añade la circunstancia de que se restringen las oportunidades de educación y la carrera, manteniendo bajo, nivel socio-económico. Además al aumentar el embarazo en la adolescencia aumenta también el aborto, siendo este más traumático en la joven, ya que por su falta de experiencia, la ignorancia, las restricciones legales y sociales y a veces dificultades económicas, impiden a la joven resolver en condiciones favorables la terminación precoz del embarazo indeseado.

La mortalidad materna como nosotros la conocemos, mide el riesgo de morir que tiene la mujer en la edad reproductiva por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. La información de que disponemos en nuestro país en relación a la mortalidad materna no nos permite conocer con certeza y credibilidad la cobertura y calidad de la atención materna, debido a que los datos que recibimos mensualmente de la labor realizada en este programa por nuestras dependencias, son incompletos y deficientes para utilizarlos en un análisis que nos permitan conocer las tasas reales de nuestra mortalidad y las causas de muerte. No obstante la información que tenemos nos permite afirmar que sus tasas y causas son parecidas a las que presentan algunos países latinoamericanos, con características socio-económicas de salud y desarrollo similares al nuestro.

En este último año, se está implementando un sistema de atención integral de salud de la mujer, que abarca los aspectos ginecológicos y obstétricos, con una ficha única y un registro de estadísticas que aseguran una información más oportuna, completa y de mejor calidad, que nos permitirá conocer nuestra realidad en relación con la mortalidad materna y sus causas.

En nuestro país son pocas las investigaciones sobre la mortalidad materna y las informaciones que tenemos sobre ella en las regiones sanitarias de algunos establecimientos de salud son muy variables. Así encontramos que en un estudio que hizo un grupo de médicos en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en los años 1975-76 hallaron cifras de mortalidad materna intrahospitalarias que oscilaban entre 250 a 270 x

100,000 nacidos vivos, cifras que son más altas que las encontradas a nivel regional y nacional, lo que talvez será porque esta maternidad es un hospital especializado de concentración, donde además de su clientela regular son referidos casos de alto riesgo por sub-centros y maternidades cercanas a su área de influencia.

En el año 1979 la mortalidad materna observada a nivel nacional fue de 80 x 100,000 y en ese mismo año la observada en las distintas regiones de salud, variaba de 50 a 110 x 100,000. Naturalmente que estas cifras hay que interpretarlas con ciertas reservas, debido al sub-registro existente, que según estudios hechos por la División de estadísticas de SESPAS y estimaciones de algunos demógrafos está cerca del 50 por ciento.

Para dejar las cifras de mortalidad materna es necesario intensificar las actividades del programa materno-infantil haciéndolo más agresivo, acompañado de una amplia labor educativa para lograr un cambio de actitud de la mujer, ya que la mayor parte de nuestras gestantes vienen al hospital en el momento del parto, sin haber tenido ningún control médico ni examen de laboratorio durante todo el período de su embarazo.

La Encuesta Nacional de Fecundidad del año 1975 encontró que el 75 por ciento de las 973 mujeres entrevistadas recibieron algún tipo de atención durante el embarazo, sin poder precisar frecuencia ni calidad de la atención, porque las preguntas eran de carácter muy general, lo que nos indica que una gran proporción de mujeres conoce y tiene acceso a los servicios de salud. En la misma encuesta se encontró que el 57 por ciento de los partos fueron en camas de salud pública, 22 por ciento en el hogar, 17 por ciento en clínicas privadas y 4 por ciento en el seguro social. La mayor parte de los atendidos en el hogar fue en la zona rural. En el año 1979 el 62 por ciento de los partos fueron atendido en camas de salud pública; si agregamos a estos los atendidos en camas del seguro social, hospitales de las Fuerzas Armadas y las clínicas privadas, estimamos que en el país tenemos cerca de un 80 por ciento de partos institucionales.

En un estudio realizado en el país en el año 1979 por el Dr. V. Calventi y colaboradores que abarcó 149 muertes maternas registrada ese año, sólo 57 casos se pudieron analizar las causas de muertes en los certificados de defunción, que representan el 38 por ciento, lo que indica la mala calidad de nuestros registros médicos y en mucho de ellos hubo que completar los datos del certificado de defunción con entrevistas personales con los familiares de las madres muertas, se encontró que el 80 por ciento ocurrió en hospitales del Estado, 14.4 por ciento en clínicas privadas y el 5.6 en el hogar.

El 42 por ciento murió por toxémias, el 31 por ciento por hemorragias, el 83 por ciento tuvieron algunas asistencias prenatal y el 74 por ciento de las muertes se presentaron después de las 36 semanas de gestación. Esas muertes ocurrieron 37 por ciento en el puerperio, 33 por ciento durante el embarazo, 19 por ciento durante el parto, el 8 por ciento durante la cesárea y el 4 por ciento por causas ignoradas. En esta ocasión el 86 por ciento tenía llenado el certificado de defunción por médicos y el 14 por ciento restante llenado por otro personal de salud y alcalde pedáneos. En este estudio las muertes fueron más altas cuando el ingreso familiar y la escolaridad eran más bajos.

En nuestro país la mortalidad materna registrada se ha mantenido entre 120 a 80 x 100,000 en los últimos 8 años, con pequeñas variaciones que son significativas, pero como tenemos un 50 por ciento sub-registros, la cifra estimada debe ser entre 160 a 240 x 100,000 nacidos vivos, cifra que corresponde a un país en vías de desarrollo.

Las principales causas de mortalidad materna identificadas, corresponden a las toxémias y hemorragias, las que en los años estudiados se disputan el 1er. lugar, les siguen los abortos, las infecciones, siendo muy numeroso el rubro de otras complicaciones del parto y del puerperio que suponemos son distintas a las ya enumeradas, y que desgraciadamente no se pueden identificar.

En muchos países se considera la mortalidad materna como un indicador para medir la calidad de la atención obstétrica, ya que investigaciones realizadas en diversos países demuestran que las dos terceras partes de las muertes maternas son evitables cuando hay una atención médica oportuna y en condiciones ideales. Estudios realizados en New York en el 1932, demostraron que el 66 por ciento de las muertes maternas fue considerada evitable por el comité médico que hizo la investigación. Otro estudio llevado a cabo en Maryland en los años 1937 y 1948 por Nayard y colaboradores, demostró que el 67 por ciento de las muertes eran evitables. Esto nos indica cuánto nos queda por hacer para prestar una mejor atención obstétrica, de tal forma que se puedan disminuir las muertes maternas por causas controlables, ya que otros estudios han demostrado que en los países en desarrollo, la tríada de hemorragias, toxemias e infecciones son responsables del 90 por ciento de las muertes maternas, todas ellas en su mayor parte evitables, cuando se tiene una atención médica eficaz.

Nosotros creemos sin embargo, que nuestras tasas de mortalidad materna se están reduciendo, porque cada vez se dispone de más recursos médicos y de enfermeras, más camas obstétricas, se está mejorando la calidad del personal en todos los niveles y se han creado la residencia de gineco-obstetricia para disponer de más médicos especialistas y contamos con programas permanentes de orientación y educación de la comunidad.

Por otro lado, estudiamos la mortalidad perinatal y hemos encontrado que adolece de los mismos defectos de sub-registros y de causas mal definidas. Al analizar las tasas, encontramos que oscilan de 34 por ciento en 1974 a 20 por ciento en el año 1979, siendo sus principales causas como podrán ver en los cuadros anexos, en la fetal tardía el primer y segundo lugar lo ocupan las afecciones de la placenta y del cordón, el tercero, cuarto y quinto lugar, lo ocupan infecciones del feto, anomalías congénitas y toxemias del embarazo. Es lamentable que el 74

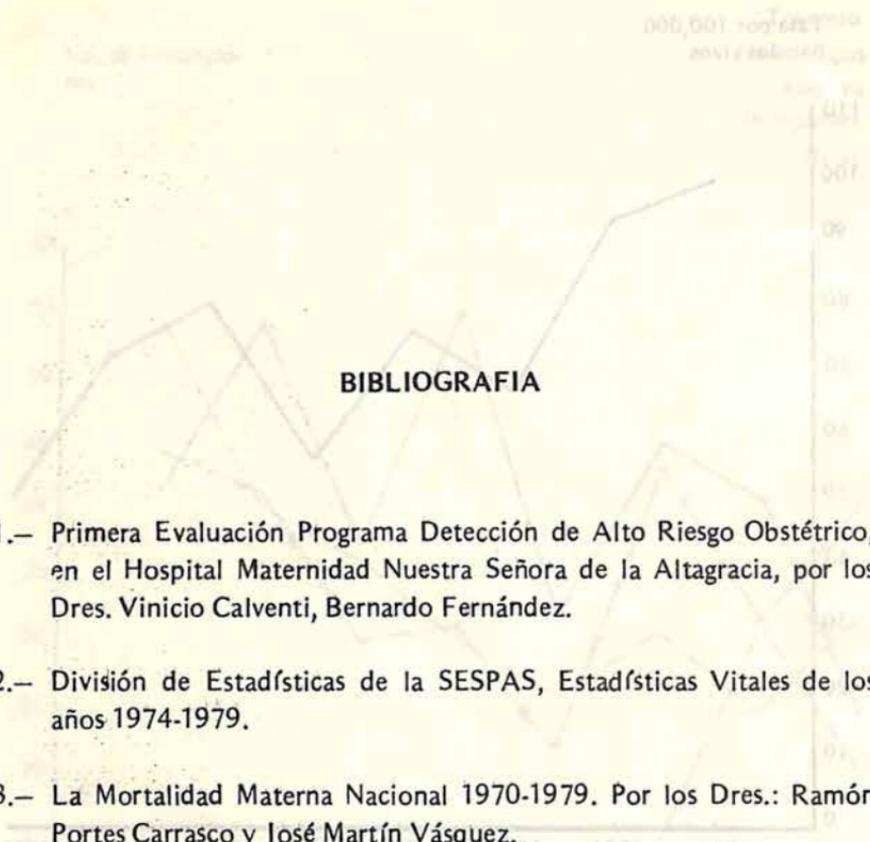
por ciento de las causas de mortalidad fetal tardía no puedan ser identificadas por estar mal definidas en el certificado de defunción

La mortalidad hebdomadal o mortalidad neonatal temprana, que es el otro componente de la mortalidad perinatal, presenta los mismos vicios de nuestro sistema de registro; aquí el 60 por ciento de las causas de muerte están mal definidas y las engloban en el rubro de afecciones anóxicas e hipóxicas que no se pueden clasificar. El primer lugar de las causas identificadas la ocupa la inmadurez, el segundo, tercero, cuarto y quinto lugar corresponden a las anomalías congénitas, neumonías y bronquitis, las infecciones intestinales y la enfermedad hemofílica .

Analizando la mortalidad neonatal por días y semanas de la defunción, encontramos que el 21.5 por ciento muere antes de cumplir las primeras 24 horas de nacido, el 64 por ciento antes de cumplir la primera semana de vida y el 36 por ciento restante entre la primera y cuarta semana. También es de notar que la mortalidad neonatal representa el 49 por ciento de la mortalidad infantil.

Bajar los índices de mortalidad perinatal es mucho más difícil que la infantil, porque se necesitan personal especializado, equipos costosos y sofisticados, además tiene que haber una acción armónica y coordinada entre el obstetra que es responsable de la pericultura intrauterina y del neonatólogo que le corresponde los cuidados inmediatos del recién nacido, ya que todos sabemos que la mortalidad perinatal mide la calidad de la atención prenatal y del recién nacido.

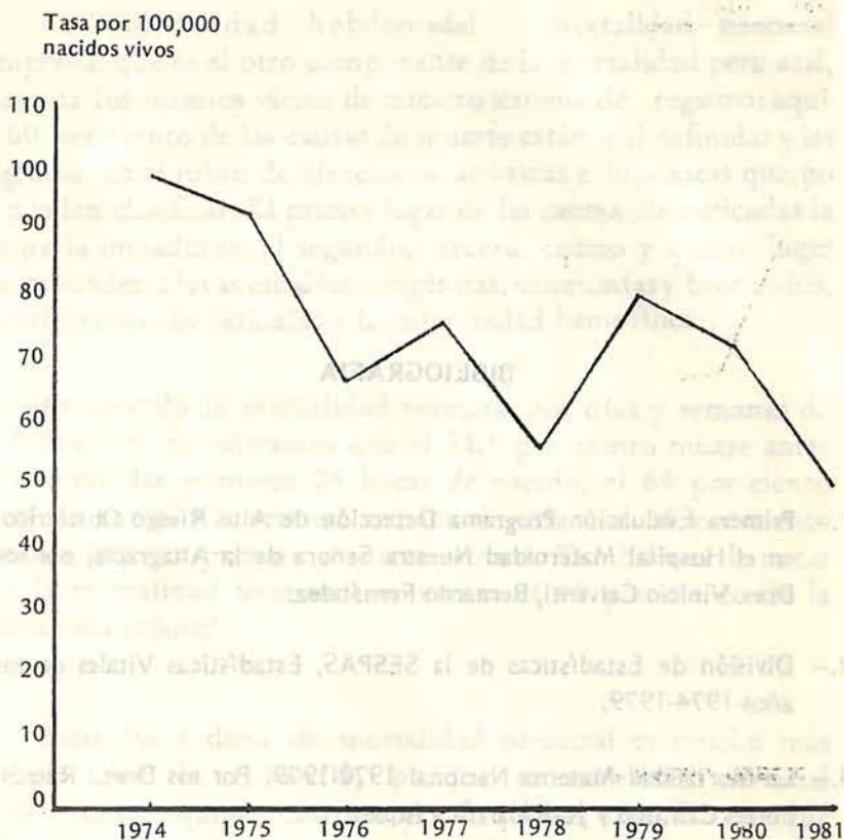
Algunos países concientes de este problema están formando centros de investigaciones y preparando un nuevo especialista, que es el perinatólogo que está capacitado para enfocar y resolver los problemas prenatales y del recién nacido.



BIBLIOGRAFIA

- 1.— Primera Evaluación Programa Detección de Alto Riesgo Obstétrico, en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, por los Dres. Vinicio Calventi, Bernardo Fernández.
- 2.— División de Estadísticas de la SESPAS, Estadísticas Vitales de los años 1974-1979.
- 3.— La Mortalidad Materna Nacional 1970-1979. Por los Dres.: Ramón Portes Carrasco y José Martín Vásquez.
- 4.— Análisis de la Mortalidad Materna, año 1979. Por el Dr. Vinicio Calventi, Lcdo. Mojica Angeles y Colaboradores.
- 5.— Encuesta Nacional de Fecundidad, años 1975 y 1980, CONAPOFA.
- 6.— La 32 Conferencias sobre Salud Materno-Infantil de la Organización Mundial de la Salud. 1979.
- 7.— Preventive Medicine and Public Health, Editor Phillip — E. SARTWELL. MTCY — ROSENEAU, Décima Edición.

TASA DE MORTALIDAD MATERNA, AÑOS 1974 AL 1981
REPUBLICA DOMINICANA

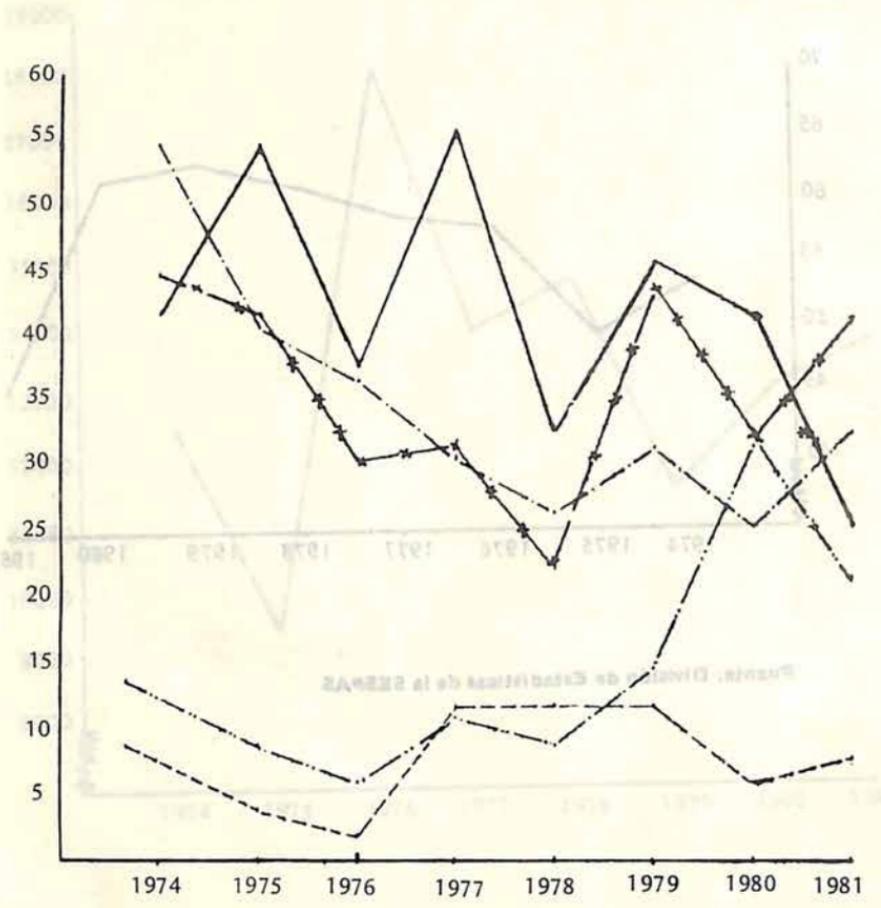


Fuente: División Estadística de la SESPAS

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA
AÑOS 1974 al 1981 REPUBLICA
DOMINICANA**

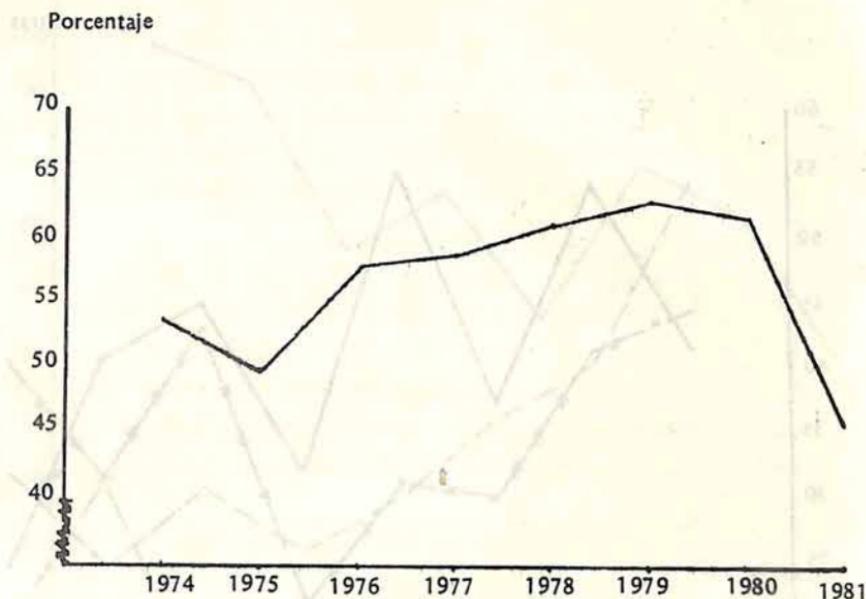
No. de Defunciones

- Toxemia
- Hemorragias
- Abortos
- Infecciones
- Otras



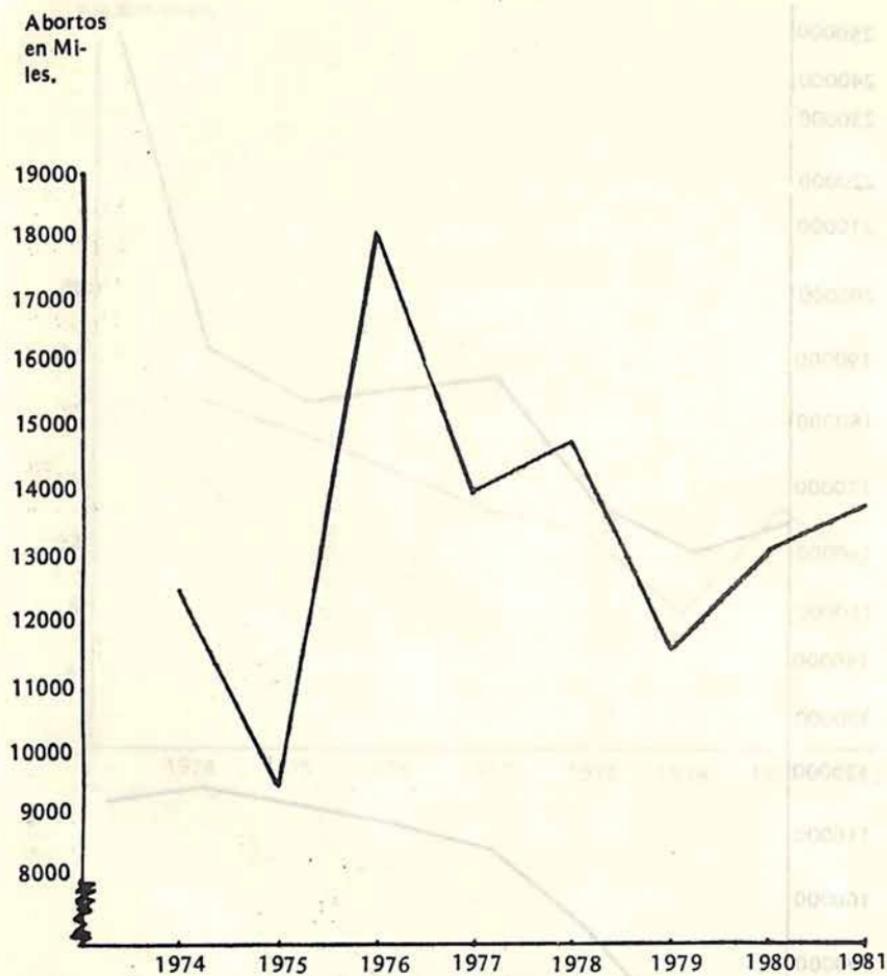
Fuentes: División de Estadísticas de la SESPAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
**PORCENTAJE DE PARTOS REALIZADOS EN CAMAS DE SALUD PÚBLICA
 AÑOS 1974 al 1981**



Fuente: División de Estadísticas de la SESPAS

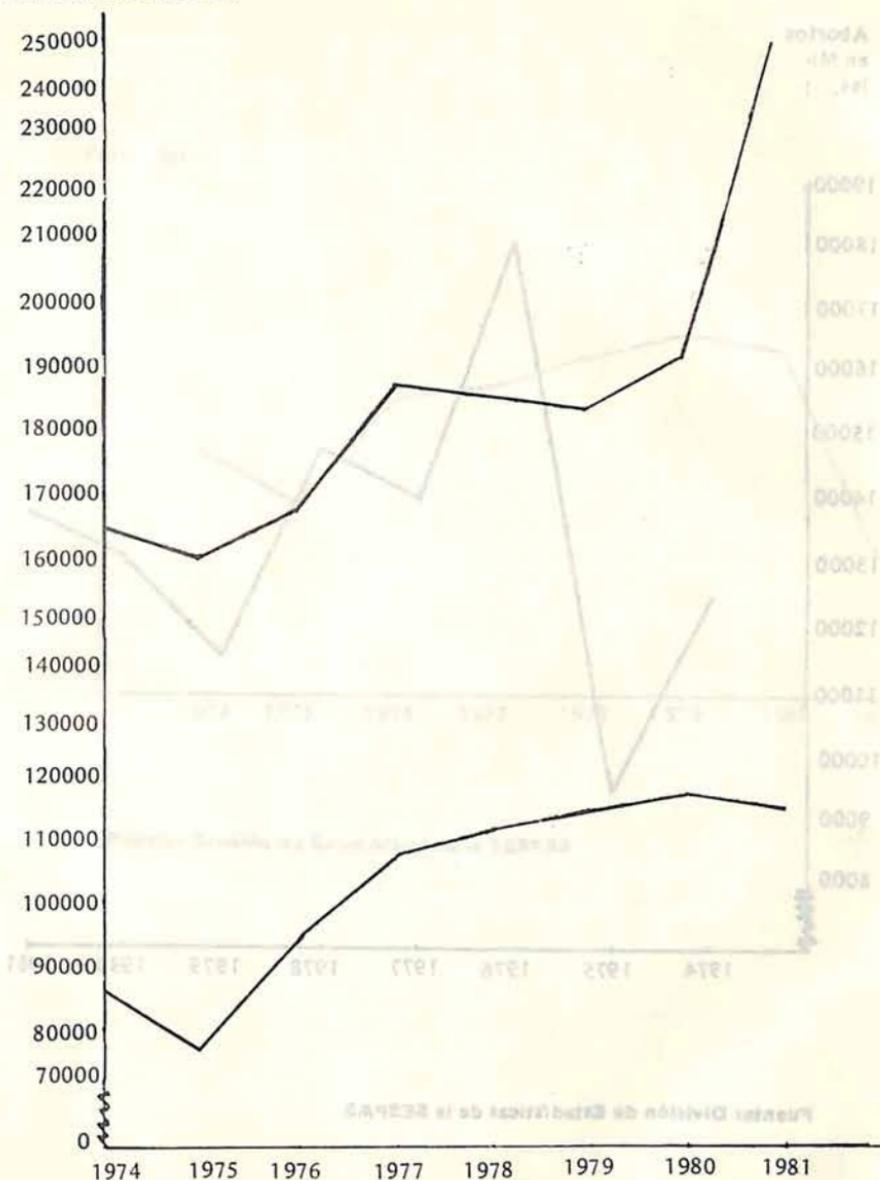
**ABORTOS ATENDIDOS EN CAMAS DE SALUD PUBLICA
AÑOS 1974 AL 1981 en REPUBLICA DOMINICANA**



Fuente: División de Estadísticas de la SESPAS

**NACIDOS VIVOS REGISTRADOS Y NACIDOS VIVOS EN C.A.
DE SALUD PUBLICA AÑOS 1974 AL 1981, REPUBLICA DO-
MINICANA.**

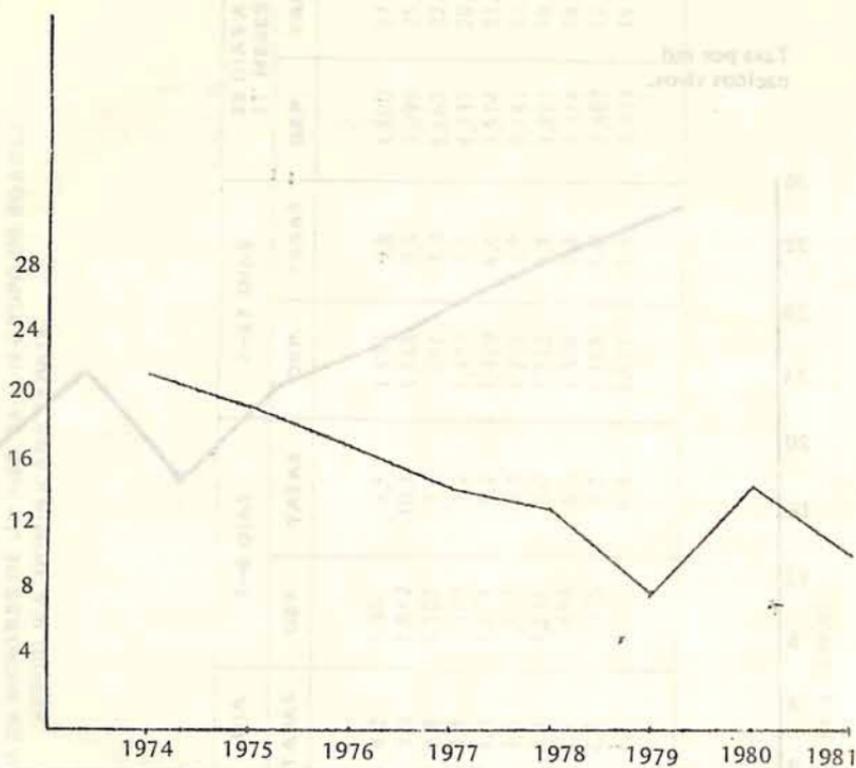
No. de nacidos en Miles



Fuente: División de Estadísticas de la SESPAS.

**MORTALIDAD FETAL
REPUBLICA DOMINICANA
AÑO 1974 al 1981**

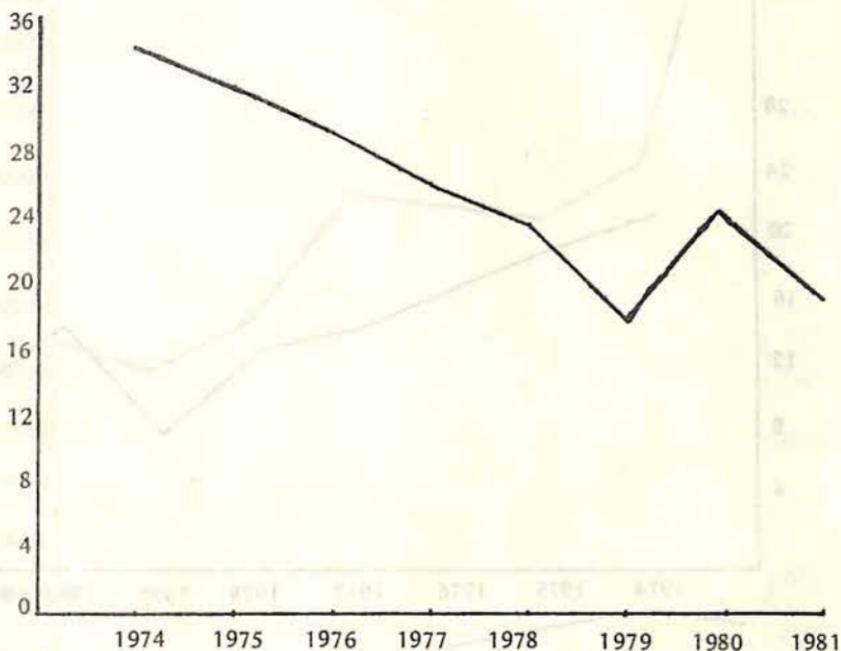
Tasa por mil nacidos vivos.



Fuente: División de Estadística de la SESPAS

**MORTALIDAD PERINATAL
REPUBLICA DOMINICANA
AÑO 1974 AL 1981**

Tasa por mil nacidos vivos.



Fuente: División de Estadísticas de la SESPAS.

TASAS DE MORTALIDAD DE MENORES DE UN AÑO, SEGUN GRUPO DE EDADES
 REPUBLICA DOMINICANA 1970-79.

AÑOS	NAC. VIVOS	0 - DIA		1-6 DIAS		7-27 DIAS		28 DIAS A 11 MESES	
		DEF.	TASAS	DEF.	TASAS	DEF.	TASAS	DEF.	TASAS
1970	163,045	692	4.2	1,387	8.5	1,592	9.8	4,500	27.6
1971	162,215	633	3.9	1,642	10.1	1,588	9.8	4,099	25.3
1972	177,163	666	3.8	1,702	9.6	686	3.9	5,667	32.0
1973	207,387	697	3.4	1,503	7.2	1,473	7.1	4,337	20.9
1974	166,244	667	4.0	1,525	9.2	1,429	8.6	3,574	21.5
1975	161,618	539	3.3	1,503	9.3	1,242	7.7	3,747	23.2
1976	169,161	558	3.3	1,525	9.0	1,312	7.8	3,273	19.3
1977	187,861	657	3.5	1,494	8.0	1,398	7.4	3,374	18.0
1978	185,861	536	2.9	1,335	7.2	1,113	6.0	2,807	15.1
1979	186,896	614	3.3	1,205	6.4	1,017	5.4	2,944	15.8

FUENTE: División de Estadística de la SESPAS.

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTES FETALES
Y SUS RESPECTIVOS PORCENTAJES
REPUBLICA DOMINICANA. 1979**

CAUSAS	No. de ORDEN	No. DE DEFUNCIONES	PCR- CENTAJES
Afecciones de la Placenta	1	175	11.1
Afecciones del Cordón Umbilical	2	64	4.0
Infecciones del feto y del recién nacido	3	56	3.5
Anomalías congénitas	4	53	3.4
Toxémia del embarazo	5	26	1.6
Causas externas de lesiones ocurridas al recién nacido	6	10	0.6
Enfermedad hemolítica	7	9	0.6
Enfermedad crónica en el aparato circulatorio y genito-urinario de la madre	8	8	0.5
Parto distócico por mala posición del feto	10	4	0.3
Todas las demás causas	11	1,169	74.6
TOTAL		1,580	100.0

FUENTE: División de Estadísticas de la SESPAS

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE PERINATAL
REPUBLICA DOMINICANA
1978

CAUSAS	No. DE ORDEN	No. DE DEFUNCIONES	PORCENTAJES
Afecciones de la placenta	1	239	5.5
Afecciones del cordón umbilical	2	110	2.5
Anomalías congénitas	3	80	1.8
Toxémias del embarazo	4	53	1.2
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	5	38	0.9
Infecciones del feto y del recién nacido	6	37	0.8
Enfermedades hemolíticas Recién nacido	7	30	0.7
Lesiones al nacer y partos distócicos	8	21	0.5
Anomalías congénitas del corazón	9	20	0.5
Afecciones de la placenta y del cordón umbilical	10	19	0.4
Todas las demás causas	11	3,733	85.2
TOTAL		4,380	100.0

FUENTE: División de Estadísticas de la SESPAS

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTES NEONATAL
DE MENORES DE 28 DIAS
REPUBLICA DOMINICANA. 1978**

CAUSAS	No. DE ORDEN	No. DE DEFUNCIONES	PORCENTAJES
Otras causas de morbilidad y mortalidad perinatales	1	1,187	39.8
Otras enfermedades bacterianas	2	493	16.5
Síntomas y estados morbosos mal definidos	3	340	11.4
Afecciones anóxicas e hipósicas no clasificadas en otra parte	4	265	8.9
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	5	179	6.0
Otras Neumonías	6	123	4.1
Todas las demás anomalías congénitas	7	68	2.3
Tétanos	8	47	1.6
Enfermedades hemolíticas del recién nacido	9	42	1.4
Anomalías congénitas del corazón	10	30	1.0
Todas las demás causas de muerte neonatal	11	211	7.0
TOTAL		2,985	100.0

FUENTE: División de Estadísticas de la SESPAS

**DEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL TEMPRANA
REPUBLICA DOMINICANA. 1980.**

CAUSAS	No. DE ORDEN	No. DE DEFUNCIONES	PORCENTAJES
Inmadurez	1	428	23.4
Anomalias y bronquitis	3	86	4.8
Neumonías y bronquitis	3	40	2.2
Infecciones intestinales	4	39	2.1
Enfermedad hemolítica	5	33	1.8
Sífilis	6	23	1.2
Enfermedades del corazón y aparato circulatorio	7	19	1.1
Infecciones bacterianas	8	10	0.6
Infecciones Vfricas	9	8	0.5
Todas las demás causas	10	50	2.8
59,3 o/o afecciones anóxicas hipóxicas mal definidos	11	1,086	59.5
TOTAL		1,831	100.0

FUENTE: División de Estadísticas de la SESPAS.

TASA DE MORTALIDAD MATERNA DE ALGUNOS PAISES*

PAIS	TASA DE MORTALIDAD MATERNA (por 100,000 nacidos vivos)	AÑO
Mauritania	58.3	1976
Costa Rica	47.3	1976
Hong Kong	15.3	1976
Estados Unidos	12.0	1975
Japón	25.0	1976
Austria	17.2	1976
Dinamarca	1.5	1976
Yugoslavia	21.1	1976
Colombia	213.0	1975
Venezuela	54.0	1975
Trinidad Tobago	81.8	1975
Panamá	85.5	1975
República Dominicana	90.0	1975

* Tasa por 100,000 nacidos vivos.

Fuente: Demograf Year Book 1977

PARTOS, ABORTOS Y NACIMIENTOS OCURRIDOS EN ESTABLECIMIENTOS,
SEGUN REGION DE SALUD. REPUBLICA DOMINICANA. AÑO

1979

REGION	TOTAL	P A R T O S				ABORTO	TOTAL	N A C I M I E N T O S			
		NORMALES		DISTOCICOS				NAC. VIVOS		NAC. MUERTOS	
		Número	o/o	Número	o/o			Número	o/o	Número	o/o
Nucleo Central	38,076	32,414	85.1	5,662	14.9	3,975	36,519	37,409	97.1	1,110	2.9
Región I	17,255	16,783	97.3	472	2.7	2,246	17,454	17,072	97.8	382	2.2
Región II	24,636	23,109	93.8	1,527	6.2	2,852	24,863	24,364	98.0	499	2.0
Región III	23,848	22,998	96.2	850	3.6	1,092	24,055	23,455	97.7	550	2.3
Región IV	5,518	5,311	96.2	207	3.8	1,092	5,541	5,399	97.4	141	2.6
REGION V	7,281	6,849	94.1	432	5.9	769	7,297	7,062	96.8	235	3.2
PAIS	116,614	107,464	92.2	9,150	7.8	11,621	117,679	114,761	97.5	2,918	2.5

FUENTE: División de Estadística de la Secretaría de Estado de Salud Pública
y Asistencia Social. (SESPAS)