



Mortalidad materna por causas obstétrica directa en Cuba. 2005-2018

Delia María Galvez Medina¹

Miguel Angel Martínez Morales²

Juliette Massip Nicot³

Carmen Oraida Tenorio Moirón⁴

Julieta Nodarse Silva⁵

Lilian Quelle Santana⁶

¹Hospital Clínico Quirúrgico Miguel Enríquez/Departamento de Registros Médicos, Habana, Cuba.

²Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud Pública/Departamento de Estadísticas Sanitarias, Habana, Cuba.

³Hospital Clínico Quirúrgico Calixto García /Departamento de Registros Médicos, Habana, Cuba.

⁴Bioestadística Policlínico Universitario Mario Muñoz Monroy, *Habana, Cuba*.

⁵Bioestadística de la Dirección de Vigilancia en Salud del MINSAP, Habana, Cuba.

⁶Escuela Nacional de Salud Pública, Habana, Cuba. quelle@infomed.sld.cu

*Autor para la correspondencia: Correo: deliamaria.galvez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Las muertes obstétricas directas (MOD) son resultantes de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a ellos. Resulta importante abordar este tema para proporcionar mejor información sobre los niveles y tendencias de la epidemiología en esta área.

Objetivo: describir el comportamiento de la mortalidad materna por causas obstétricas directas en mujeres cubanas y sus causas.

Método: Se realizó un estudio descriptivo de series cronológicas; el universo incluyó todas las fallecidas por MOD (N=463), en Cuba entre 2005-2018. La fuente de información fueron los Anuarios Estadísticos de Salud. Se calcularon los años potencialmente dejados de vivir por muerte precoz (AVPM) y la razón de años dejados de vivir por cada muerte (AVP/Muerte). Además, se realizó análisis de correlación y se graficó el correlograma.



Resultados: La serie de razón de mortalidad no presentó tendencia estable; los valores oscilaron, con descenso en los años 2012-2014. El porcentaje diferencial entre valores extremos indicó disminución (22,8%). La tendencia mostró disminución de la razón en 8,1 defunciones/10⁵ nacidos vivos. En los correlogramas no se evidenció tendencia ni correlación. Las 463 defunciones aportaron 23433 AVPM, con un promedio anual de 1674 AVPM. La razón de mortalidad más elevada fueron las complicaciones relacionadas al puerperio con 8,9 óbitos/10⁵ nacidos vivos, predominando embolia obstétrica (13,2%) y sepsis puerperal (9,5%).

Conclusiones: La serie de razón de mortalidad materna directa presentó un comportamiento aleatorio. Predominaron las complicaciones relacionadas con el puerperio y otras hemorragias. Las hemorragias postparto y los embarazos ectópicos representaron las mayores cifras de AVPM. Las mujeres fallecieron más jóvenes por infección del riñón en el embarazo y por otros abortos.

INTRODUCCIÓN

La muerte materna constituye un evento desafortunado y grave dentro de los conflictos de la salud sexual y reproductiva en el mundo. Cada minuto pierde la vida una mujer como consecuencia de la maternidad. A menudo, estas muertes representan eventos solitarios y ocultos que no se contabiliza y, aunque constituyen un serio problema, no recibieron, por décadas, la mínima atención.(1,2)

A raíz de cada muerte se oculta una tragedia. Cuando muere una mujer prematuramente, por eventos relacionados con el proceso de la reproducción, el daño es irreparable, se ha terminado la vida de una fémmina en plena capacidad biológica, social y reproductiva.(3)

Una "muerte materna" es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales; estas defunciones se clasifican en muerte obstétrica directas (MOD) y en muerte obstétrica indirecta (MOI).(4)

Las muertes obstétricas directas (MOD), que nos ocupa en este trabajo, son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados. (4)

En el año 2015, durante la Asamblea General de las Naciones Unidas, en Nueva York, el Secretario General, Ban Ki-Moon, (5) lanzó la Estrategia Global para la Salud de Mujeres, Niños y Adolescentes, 2016-2030, como parte de la estrategia mundial para acabar con la



mortalidad materna prevenible y trabajar para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible con el propósito de reducir las muertes maternas a nivel mundial.

En cuanto a salud se refiere, los esfuerzos del estado y gobierno cubano para garantizar a las féminas la seguridad al embarazo, parto y puerperio, superaron el límite de cualquier acción jamás pensada. Entre 1962 y 1984 se redujo la muerte materna de 118 a 31 fallecidas por cada 10⁵ nacimientos vivos.(6)

En el marco de la contemporaneidad, Cuba ha suscrito su compromiso con la Agenda 2030. Uno de los aspectos clave es la equidad social con énfasis en derechos humanos, referido a la salud y al bienestar de los ciudadanos y en particular reducir la razón mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 10⁵ nacidos vivos,(5) aspecto que en Cuba se cumple ampliamente desde hace décadas.

En la medición del estado de salud de la población, es necesaria una mejor comprensión de la mortalidad prematura. Los estudios para estimar la carga de mortalidad materna son limitados; la ausencia de información sobre el tema pudo causar el abandono del “asunto” por parte de la comunidad sanitaria internacional durante mucho tiempo. (2) La información disponible sobre mortalidad es fragmentada, y muchas veces inconsistente en todas las regiones del mundo. Aquí se encuentra uno de los mayores desafíos cuando se trata de medir las dimensiones de la carga de la mortalidad materna.

El indicador años de vida potencialmente perdidos por mortalidad (AVPM) asociado a las defunciones maternas ofrece una visión integral y es útil para cuantificar el impacto de las muertes prematuras en la esperanza de vida de la población cubana, establecer prioridades en salud, monitorear intervenciones, evaluar programas e identificar grupos de mujeres con mayor riesgo. (7–9)

Varios autores han expuesto la importancia de aumentar la investigación sobre cómo evaluar o abordar el tema de la carga por morbilidad y mortalidad materna para proporcionar mejor información sobre los niveles y las tendencias de la epidemiología en esta área. Sin embargo, este tema ha sido poco estudiado en Cuba y en el mundo.

Investigaciones de este tipo puede resultar un buen precedente para familiarizar tanto a la comunidad científica como a los que toman las decisiones con la pertinencia de la utilización de este indicador para la salud materna.(7, 10,11)

Basado en los aspectos señalados, y en la sensibilidad del tema, se decide realizar este trabajo, para describir el comportamiento de la mortalidad materna por causas obstétricas directas en las mujeres cubanas y cuáles son las causas que la originan; para establecer prioridades que ayuden a la reducción de estos decesos.



OBJETIVOS

- Describir el comportamiento en el tiempo de la muerte materna por causa obstétrica directa en Cuba en los años 2005-2018.
- Calcular la carga por muertes materna obstétrica directa en Cuba en los años 2005- 2018.
- Identificar las causas de las muertes maternas por causa obstétrica directa en Cuba entre el 2005-2018.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de series cronológicas; el universo incluyó todas las fallecidas por causas obstétricas directas (N=463), según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10ma edición) en Cuba entre los años 2005 y 2018.

La fuente de información utilizada fue la base de datos digitalizada de mortalidad del Sistema de Información Estadística de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticos del Ministerio de Salud Pública, los Anuarios Estadísticos Nacionales (2006-2019) y el sitio web de la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI) Cuba.

Procesamiento y análisis de la información.

Se obtuvieron datos de las variables: año de defunción, causas de muertes y la edad de las fallecidas. Se obtuvo de las MOD, para cada año, el número de defunciones maternas y su razón de mortalidad materna (medida de resumen reconocida internacionalmente para relacionar la mortalidad materna con los nacidos vivos). La esperanza de vida (EV) por edades del 2011-2013 se obtuvo del sitio web de la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI) Cuba. (12)

Se calculó los porcentajes (como medidas de resumen para variables cualitativas), así como, los años dejados de vivir potencialmente por muerte precoz (AVPM), el promedio y la razón de los años dejados de vivir por cada muerte (AVP/Muerte).

Antes de comenzar el análisis, se verificó que la serie de razón de mortalidad materna cumpliera con los requisitos básicos: consistencia, comparabilidad, periodicidad, estabilidad, así como la existencia y tratamiento de los valores aberrantes.

Con los valores de la razón de mortalidad materna por causas directas se calculó el porcentaje diferencial entre los valores extremos, así como la tendencia por el método matemático de las diferencias absolutas entre los valores extremos de la serie y se mostró gráficamente su comportamiento con la curva que mejor describe los datos.

Con toda la información se confeccionó la base de datos en Microsoft Excel, el procesamiento se realizó en SPSS versión 21. Se realizó análisis de correlación a la razón de mortalidad materna. Se utilizó el correlograma o gráfico de las funciones de autocorrelación serial, que



muestra la existencia de correlación entre los valores de una serie temporal distanciados por un lapso de tiempo predeterminado, que posibilitó determinar la tendencia, el comportamiento cíclico y la aleatoriedad. (13)

El término aleatoriedad se usa a menudo como sinónimo de un número de propiedades estadísticas medibles, tales como la carencia de tendencias o correlación. Si es al azar, tales autocorrelaciones deben estar cerca de cero para todos y todas las separaciones de retardo de tiempo. Si no es aleatoria, una o más de las autocorrelaciones seguidas serán significativamente diferentes de cero.

En el gráfico puede identificarse si los coeficientes son significativamente cero, porque las barras no rebasan el intervalo de confianza, siendo significativamente diferentes de cero cuando las barras rebasan los intervalos de confianzas, que van a estar representados por las líneas a nivel de 0,5 y -0,5.

Estimación de la carga por mortalidad (AVPM)

$$AVPM = \sum dx (Lx) \times$$

donde,

k: edad máxima en la que ocurre una defunción materna, x: es la edad a la muerte,

Lx: es la esperanza de vida a la edad x, dx: es el número de fallecidos a la edad x.

Se sumó para cada fallecida la diferencia entre la esperanza de vida al morir y la edad a la que falleció.

Se consideró como límite para la vida los estimados de la esperanza de vida al momento de la muerte para el período 2011-2013. Se tomó la esperanza de vida de la edad intermedia de intervalos quinquenales de edad.

Los AVPM se calcularon sin descuento en el tiempo y sin ponderación por edad. Debido a que los nacimientos fuera del período fértil no son muy frecuentes, por consenso se aceptó en Cuba que, los nacimientos de mujeres menores de 15 años se incluyen en el grupo de 15-19, del mismo modo los correspondientes a mujeres mayores de 49 años se incluyen en el grupo de 45-49.(14)

La razón de los años dejados de vivir por cada muerte:

$$AVP/Muerte = AVPM/\text{Número de defunciones.}$$

Se analizaron los resultados dando respuesta a los objetivos propuestos y después de un trabajo de análisis y síntesis, se llegaron a conclusiones y recomendaciones. Los resultados se presentaron en forma de texto, cuadros estadísticos y gráficos, que se interpretaron para garantizar su comprensión.

Aspectos éticos

La investigación se basó en la obtención de datos de registros oficiales previa autorización de la Dirección de los Registros Médicos y Estadísticos del Ministerio de Salud Pública. Se respetó la confidencialidad de la información. La divulgación de los resultados solo se realizará con fines científicos.

RESULTADOS

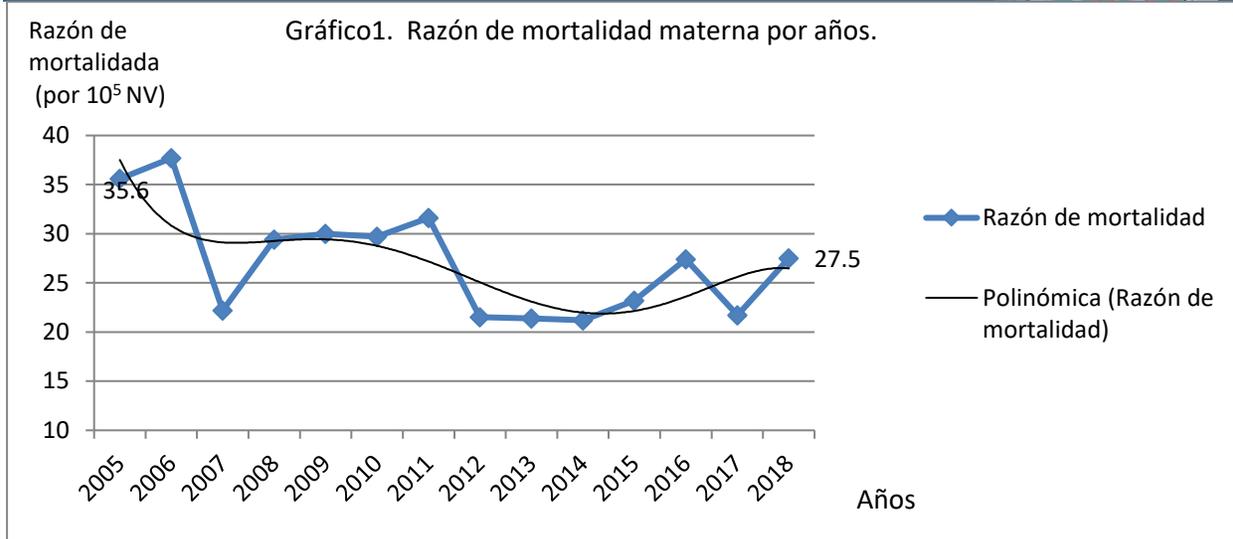
Tabla 1. Defunciones maternas directas, razón de mortalidad y años de vidas perdidos por mortalidad por año (2005-2018)

| Años | No. | *Razón | **AVPM | **AVP/Muerte |
|-------------|------------|---------------|---------------|---------------------|
| 2005 | 43 | 35,6 | 2115 | 49,2 |
| 2006 | 42 | 37,7 | 2115 | 50,4 |
| 2007 | 25 | 22,2 | 1308 | 52,3 |
| 2008 | 36 | 29,4 | 1851 | 51,4 |
| 2009 | 39 | 30,0 | 1939 | 49,7 |
| 2010 | 38 | 29,7 | 1915 | 50,4 |
| 2011 | 42 | 31,6 | 2139 | 50,9 |
| 2012 | 27 | 21,5 | 1360 | 50,4 |
| 2013 | 27 | 21,4 | 1403 | 52,0 |
| 2014 | 26 | 21,2 | 1311 | 50,4 |
| 2015 | 29 | 23,2 | 1431 | 49,3 |
| 2016 | 32 | 27,4 | 1684 | 52,6 |
| 2017 | 25 | 21,7 | 1231 | 49,2 |
| 2018 | 32 | 27,5 | 1631 | 51,0 |
| Total | 463 | 27,1 | 23433 | 50,6 |
| Promedio | 33 | 27,6 | 1674 | 50,7 |

Fuente: Anuario Estadísticos de Salud

*por 10⁵ nacidos vivos

** Cálculos por la autora

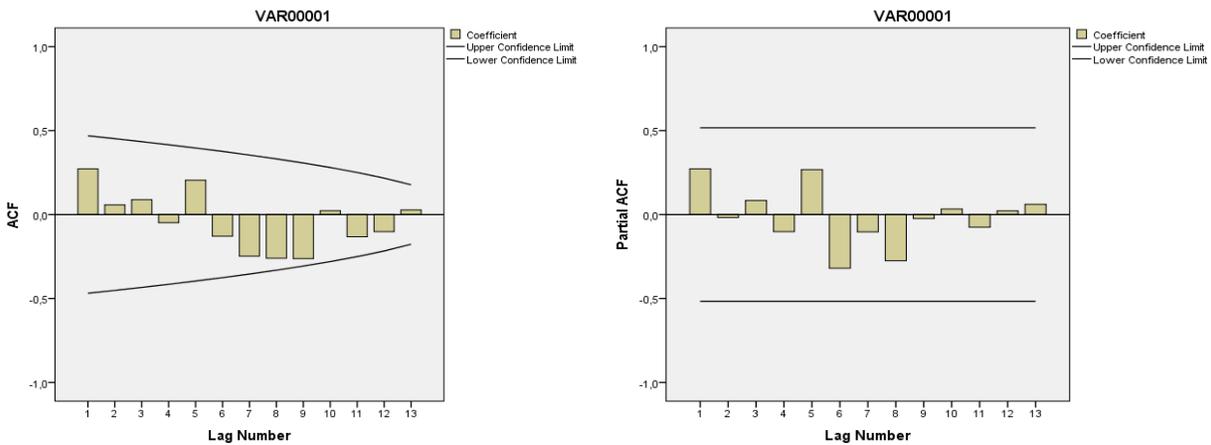


En los años de estudio ocurrieron 463 defunciones por causa de muerte materna directa en Cuba. En promedio fallecieron 33 mujeres por año para una razón promedio de 27,6 muertes por cada 10⁵ nv, con una variación de 35,6 muertes por cada 10⁵ nv en el 2005 (43 decesos) a 27,5 por cada 10⁵ nacidos vivos (32 decesos) en el 2018.

Las 463 defunciones aportaron 23433 AVPM, con un promedio anual de 1674 años perdidos por mortalidad prematura; los años con mayores parámetros coinciden con los años de mayor mortalidad (2005, 2006 y 2011). El promedio de año que se perdió por cada muerte fue de 50,7 años; y las mujeres murieron más jóvenes en los años 2016, 2007 y 2013, con un aproximado de 52 y 53 años perdidos por cada muerte.

La serie de la razón de mortalidad no presentó tendencia estable; los valores se mantuvieron oscilando para presentar un mayor descenso en los años 2012, 2013 y 2014. El porcentaje diferencial entre los valores extremos de la serie indicó una disminución de 22,8 % y el cálculo de la tendencia por el método de las diferencias absolutas arrojó que disminuyó la razón en 8,1 defunciones por cada 10⁵ nv. La curva que mejor describe el comportamiento de los datos es polinómica de orden seis. (Tabla y gráfico 1)

Gráfico 2. Autorrelogramas simples y parcial de la razón de mortalidad materna, por años.



El gráfico 2 representa los correlogramas de la serie; lo que muestra que el comportamiento de la razón de mortalidad materna por MOD entre el 2005 y el 2018, no evidenció tendencia ni correlación entre los datos.

Tabla 2. Comportamiento de la mortalidad materna directa según causas seleccionadas

| Códigos | Causas* | No. | % | Razón de Mortalidad** |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----|------|-----------------------|
| O43-O45 | Trastornos placentarios | 26 | 5,6 | 1,5 |
| O60-O66, O68-O71, O73-O75 | Complicaciones del trabajo de parto y del parto | 34 | 7,3 | 2,0 |
| O11-O16 | Trastornos hipertensivos | 41 | 8,9 | 2,4 |
| O01-O09 | Abortos, que excluyen los embarazos ectópicos | 43 | 9,3 | 2,5 |
| O21-O23, O26, O29-O42, O47-O48, O95, A34, C58 | Otras complicaciones | 45 | 9,7 | 2,6 |
| O000 | Embarazo ectópicos | 58 | 12,5 | 3,4 |
| O20, O46, O67-O72 | Otras hemorragias | 80 | 17,3 | 4,7 |
| O85-O92 | Complicaciones relacionadas con el puerperio | 136 | 29,4 | 8,0 |
| O00-O99 | Total | 463 | 100 | 27,1 |

Fuente: base de datos de la mortalidad materna DRMES/MINSAP Cálculos por la autora

*según clasificación del Anuario Estadístico Nacional

**Por 10⁵nv



La tabla 2 muestra que la razón de mortalidad más elevada le correspondió a las complicaciones relacionadas al puerperio con aproximadamente 8,9 óbitos por cada 10^5 nv, su peso en la mortalidad fue del 29,4 % al aportar 136 fallecidas; por orden decreciente le siguió otras hemorragias, con un aproximado de 4,7 defunciones por 10^5 nv, porque ocasionó 80 decesos para el 17,3 % de la mortalidad. En este trabajo los embarazos ectópicos ocuparon el tercer lugar con el 12,5 % de las muertes con 58 defunciones y una razón de mortalidad en 3,4 decesos por cada 10^5 nv.

El cuarto lugar fue para las otras complicaciones, que representaron el 9,7 % con una razón de mortalidad de 2,6 muertes por cada 10^5 nv (45 óbitos).

A los abortos que excluyen los embarazos ectópicos se les responsabilizó con el 9,3 % de las muertes con una razón de mortalidad materna de 2,5 óbitos por cada 10^5 nv (43 decesos).

Tabla 3. Comportamiento de la mortalidad materna directa por todas las causas

| Código | Causas | No. | % | AVPM | AVP /Muerte |
|----------|--------------------------------------------------------------------------|-----|------|------|-------------|
| O72 | Hemorragia postparto | 80 | 17,3 | 3917 | 49,0 |
| O88 | Embolia obstétrica | 61 | 13,2 | 2968 | 48,7 |
| O000 | Embarazos ectópicos (EE) | 58 | 12,5 | 2985 | 51,5 |
| O85 | Sepsias puerperal | 44 | 9,5 | 2341 | 53,2 |
| O13-O16. | Hipertensión arterial en la gestación (con y sin proteinuria) | 41 | 8,9 | 2108 | 51,4 |
| O04 | Aborto medico | 22 | 4,8 | 1166 | 53,0 |
| O71 | Otro trauma obstétrico | 20 | 4,3 | 1080 | 54,0 |
| O45 | Desprendimiento prematuro de la placenta | 15 | 3,2 | 721 | 48,1 |
| O90 | Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte | 15 | 3,2 | 768 | 51,2 |
| O26 | Complicaciones especificadas relacionadas con el embarazo | 12 | 2,6 | 622 | 51,8 |
| O754 | Otras complicaciones de la cirugía y de otros procedimientos obstétricos | 9 | 1,9 | 377 | 41,9 |
| O871 | Flebotrombosis profunda en el puerperio | 9 | 1,9 | 362 | 40,2 |
| O03 | Aborto espontaneo | 8 | 1,7 | 435 | 54,4 |
| O95 | Muerte obstétrica de causa no especificada | 8 | 1,7 | 373 | 46,6 |
| O05 | Otro aborto | 7 | 1,5 | 419 | 59,9 |



| | | | | | |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-------|------|
| O230 | Infección del riñón en el embarazo | 7 | 1,5 | 424 | 60,6 |
| O44 | Placenta previa | 7 | 1,5 | 308 | 44,0 |
| O36 | Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos | 6 | 1,3 | 279 | 46,5 |
| O86 | Otras infecciones puerperales | 6 | 1,3 | 328 | 54,7 |
| O74 | Complicaciones cardíacas de la anestesia administrada | 5 | 1,1 | 278 | 55,6 |
| O40- O41 | Polihidramnios y otros trastornos del líquido amniótico y de las membranas | 4 | 0,9 | 216 | 54,0 |
| O43 | Trastornos placentarios | 4 | 0,9 | 191 | 47,8 |
| O02 | Otros productos anormales de la concepción | 3 | 0,6 | 151 | 50,3 |
| O06 | Aborto no especificado | 3 | 0,6 | 166 | 55,3 |
| O223 | Flebotrombosis profunda en el embarazo | 3 | 0,9 | 151 | 50,3 |
| O429 | Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación | 2 | 0,4 | 98 | 49,0 |
| O210 | Hiperémesis gravídica | 1 | 0,2 | 59 | 59,0 |
| O335 | Atención materna por desproporción debida a feto | 1 | 0,2 | 54 | 54,0 |
| O341 | Atención materna por tumor del cuerpo del útero | 1 | 0,2 | 54 | 54,0 |
| D39.2 | Tumor de comportamiento incierto de la placenta | 1 | 0,2 | 34 | 34,0 |
| Total | | 463 | 100 | 23433 | 50,6 |

Fuente: base de datos de la mortalidad materna DRMES/MINSAP. Cálculos por la autora.

De la totalidad de las causas de muertes de las 463 defunciones maternas, según la CIE-10, las primeras 10 causas fueron responsables de aproximadamente el 80 % de todas las muertes y de igual porcentaje para los años de vida perdidos por muertes tempranas.

1. Las hemorragias postparto con el 17,3 % (80 muertes), y aportaron el mayor número de AVPM (3917), y los años perdidos por muertes fue de 49, lo que indicó que la edad promedio al morir fue de 30 a 34 años.
2. Las embolias obstétricas con 13,2 % (61 óbito), aportó 2968 AVPM, para un tercer puesto, y los AVP/Muerte fueron de 48,7 lo que mostró que la edad de las mujeres al morir, en promedio fue de 30 a 34 años.
3. Los embarazos ectópicos con el 12,5 % (58 decesos) aportaron 2985 AVPM, para un segundo puesto, con 51,5 AVP/Muerte, lo que reflejó que las mujeres murieron más jóvenes que las dos primeras causas de muertes (25-34 años)



4. Le siguió en el cuarto lugar la sepsis puerperal, con 44 muertes (9.5 %) causa que aportó la pérdida de 2341 años por muertes precoces y 53,2 años perdidos por muertes, las mujeres tenían al morir, aproximadamente de 25-29 años.
5. Los trastornos hipertensivos (con y sin proteinurias) causaron 41 decesos (8,9 %) y 2108 AVPM; las edades al morir se aproximaron a los 25-34 años (51,4 AVP/Muerte).
6. Los abortos médicos con 22 defunciones (4.8 %) provocaron 1166 AVPM y los años que se perdieron por muertes fueron 53,0; lo que demostró que las mujeres fallecieron con aproximadamente 25-29 años.
7. La séptima causa de muerte se le responsabilizó a otros traumas obstétricos (20 muertes para el 4,3 %), que generó 1080 AVPM. Los AVP/Muerte fueron 54 lo que indicó la juventud de las mujeres al morir, aproximadamente de 25 a 29 años.
8. Los desprendimientos prematuros de la placenta con 15 óbitos (3,2 %) provocaron 721 AVPM, y la pérdida de 48 años de vida por muerte, las mujeres al morir promediaron de 30 a 34 años.
9. Complicaciones del puerperio no clasificadas en otra parte, con 15 muertes, para el 3,2 % ocasionaron la pérdida de 768 AVPM y 51,2 AVP/Muerte con promedio de edad de 30 a 34 años al morir.
10. Complicaciones específicas relacionadas con el embarazo, causaron 12 muertes (2,6 %), generaron 662 AVPM y 51,8 AVP/Muerte. Las mujeres promediaron al morir entre 25 y 34 años.

Por orden decreciente las causas que más AVP/Muertes provocaron fueron: la infección del riñón en el embarazo, otros abortos, hiperémesis gravídica, complicaciones cardíacas de la anestesia administrada, aborto no especificado, otras infecciones puerperales, aborto espontáneo, otros traumas obstétricos, polihidramnios y otros trastornos del líquido amniótico y de las membranas, atención materna por desproporción debida a feto y atención materna por tumor del cuerpo del útero

DISCUSIÓN

Las MOD son evitables por definición y resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio; de intervenciones, de omisiones, de tratamiento.(4,15) En el trabajo publicado "Mortalidad durante el embarazo, parto y puerperio. Cuba 2005-2018", (16) se registran un total de 829 defunciones maternas, de estas el 55,9 % correspondió a MOD; mientras, en los países de América, los decesos por MOD superan el 70 %(1) y pueden llegar hasta un 81 %de las MM.(17)

Previo a la realización del trabajo se constató que la serie temporal de la razón de mortalidad materna por causa obstétrica directa entre los años 2005 y 2018 en Cuba tiene como



propiedades que es consistente -no se ha producido variaciones en el método de recolección y análisis de los datos-, es estable, los valores son comparables y es periódica.

En Cuba, la salud descansa sobre tres pilares: derecho humano, equidad y solidaridad;(18) y aunque varios de los indicadores de salud están entre los mejores de la región de las Américas, no se concreta una tendencia homogénea a la disminución de la razón de la mortalidad materna como debe esperarse en un sistema nacional de salud donde la salud sexual y reproductiva constituye una prioridad.

La literatura refleja las inconsistencias en la integridad de los datos sobre la mortalidad materna en el mundo; mientras la información sobre las muertes maternas en Cuba tiene un alto nivel de integridad, lo cual constituye una fortaleza, ya que en estudios realizados se verificaron muy pocos cambios en la clasificación de las causas de muerte.(19)

Según las causas de muertes seleccionadas y agrupadas por la clasificación que aparece en los Anuarios Estadísticos Nacionales, aproximadamente el 80 % de las MOD se debió a complicaciones relacionadas con el puerperio, otras hemorragias, embarazos ectópicos, otras complicaciones y abortos que excluyen los embarazos ectópicos.

La razón de mortalidad más elevada le correspondió a las complicaciones relacionadas al puerperio, donde predominó la embolia obstétrica seguida de la sepsis puerperal y las complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte. Los resultados guardaron similitud con la literatura que plantea que la septicemia puede ser responsable entre el 8 (2) y el 15 %(1).

Por orden decreciente le siguió otras hemorragias, se acepta a nivel mundial que la primera causa de mortalidad materna es el sangrado severo durante el embarazo o el parto.(7) Otras estimaciones disponibles señalan que más de la mitad de las muertes maternas totales se deben a hemorragia, las cuales se pueden evitar si se cumplen los protocolos establecidos, (13) mientras, algunos estudios plantean que el 25 % (1).

Los embarazos ectópicos son considerados como la causa más frecuente de muerte materna en el primer trimestre de embarazo; (20) en este trabajo aportaron el tercer lugar.

El cuarto lugar fue para las otras complicaciones; más de la mitad de estas complicaciones se debió a complicaciones específicas relacionadas con el embarazo seguida de las infección del riñón en el embarazo y la tensión materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos. "Se plantea que muchas complicaciones están directamente relacionadas con la falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad."(1) La realidad cubana marca diferencia en cuanto a accesibilidad, cobertura y calidad de los servicios médicos, pero, aun así, la muerte materna es una realidad.



Los abortos, que excluyen los embarazos ectópicos, se les responsabilizó con parte importante de las muertes, la mayoría se debió a los abortos médicos, abortos espontáneos y otros abortos.

Las complicaciones del aborto se han considerado responsables del 9 al 13 % de los decesos en el mundo. (1,2,21) Mientras en muchas regiones del orbe los abortos son inseguros y cuya contribución al número total de muertes resulta difícil de determinar, (2) en Cuba el aborto no es considerado un método anticonceptivo, pero se accede a él de forma segura en los hospitales maternos del país, aunque no resultan inocuos en un su totalidad.

Por último, aproximadamente, un cuarto de todas las muertes se debieron a los trastornos hipertensivos, complicaciones del trabajo del parto y el parto y trastornos placentarios, en ese orden.

Es importante resaltar, que, cuando más joven es la mujer fallecida, mayor es el número de años de vida que se pierden por muerte prematura. (27) Las 10 causas que más generaron decesos en mujeres jóvenes y que provocaron mayor pérdida de años de vida por muerte, involucraron un número importante de óbitos, el valor de los AVP/Muerte fue desde 60,0 a 54,0 años (desde 20 a 29 años aproximadamente).

El 5,6 % de la mortalidad materna generó 44 o menos AVP/Muertes lo que representó que las mujeres fallecieron con edades, aproximadas, de 35 años y más. Estas causas fueron en orden decreciente: la placenta previa, otras complicaciones de la cirugía y procedimientos obstétricos, flebotrombosis profunda en el puerperio y tumor de comportamiento incierto de la placenta.

CONCLUSIONES

La serie cronológica de la razón de mortalidad materna por causas directas entre el 2005 y el 2018, presentó un comportamiento aleatorio. Las complicaciones relacionadas con el puerperio y otras hemorragias representaron casi la mitad de los óbitos. Las hemorragias postparto y los embarazos ectópicos provocaron las mayores cifras de años potencialmente perdidos por mortalidad prematura. Las mujeres fallecieron más jóvenes por infección del riñón en el embarazo y por otros abortos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lozano-Avenida L, Bohórquez-Ortiz AZ, Zambrano-Plata GE. Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna. Rev Univ Salud [Internet]. 2016 [citado 29 Abr 2021]; 18(2):364-372. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a16.pdf>
2. Méndez C, Lucas A. Analizando la mortalidad materna desde un enfoque de equidad: la importancia de contar con datos de calidad. Barcelona: ISGlobal [Internet]. 2016 [citado



- 12 junio 2021]; 17p. Disponible en: <https://www.isglobal.org/-/tracking-maternal-mortality-through-an-equity-lens>
3. Vázquez V, Ruvalcaba J. La Salud Materna como Indicador de inequidad en la Salud Pública. JONNPR [Internet]. 2016 [citado 29 mayo 2021]; 1(3):115-122. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/1021>
 4. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima Revisión. Vol. II Manual de instrucciones [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2013 [citado 19 junio 2021]. 554 p. Disponible en: https://files.sld.cu/dne/files/2019/06/CIE-10_2018_DefVOL2_compressed.pdf
 5. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe [Internet]. NU CEPAL; 2016 [citado 21 junio 2021]. 93p. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe>
 6. Cabezas E. Evolución de la mortalidad materna en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 Mar [citado 2021 Jul 05] ; 32(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100005&lng=es
 7. Conceição M, Delziovo C, de Sousa M, Lynn F, Bertoncetto K, Roque A, et al. Maternal Death and Potential Years of Life Lost (PYLL) in Santa Catarina, Brazil, in 2000 and 2014. Open J Nurs [In-ternet].2018 [citado 29 Abr 2021]; 8(1):823-834. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=88712>
 8. Seuc A. Implicaciones sociales de las medidas resúmenes del estado de salud de una población. RevCubanaSaludPública [Internet]. 2003 [citado 16 octubre 2019]. 29(2):147-56. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662003000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 9. Seuc AH, Domínguez E, Díaz Díaz O. Introducción a los DALYs. Rev Cubana HigEpidemiol [Internet]. 2000 Ago [citado 14 Ago 2021]; 38(2): 92-101. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032000000200002&lng=es
 10. Murray CJ, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics. Lancet [Internet]. 2012 Dec 15 [citado 14 Ago 2021]; 380(9859):2063-6. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61899-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61899-6/fulltext)
 11. Fernández J, Garanhati F, Costa ML, Parpinelli MA, Maerrawi S, Cecatti JG. The Burden of Indirect Causes of Maternal Morbidity and Mortality in the Process of Obstetric Transition:



- A Cross-Sectional Multicenter Study. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2018. [citado 16 Abr 2021]; 40 (3): 106-114. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032018000300106
12. La esperanza de vida. 2011-2013. Cálculos para Cuba y provincias por sexo y edades [Internet]. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas e Información; 2014. [citado 7 abril 2021]; 68p. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/esperanza_de_vida_2011-2013_0.pdf
13. Miranda O, Coutín G, Fariña AT. Análisis de la serie cronológica y pronósticos de los fallecidos por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Cuba, 1986 – 2005. Reporte Técnico de Vigilancia [Internet]. 2007 [citado 7 abril 2021]; 12 (2):1-15. Disponible en: <http://articulos.sld.cu/sida/?p=292>
14. Indicadores Básicos para el Análisis del Estado de Salud de la Población. [Internet]. La Habana, Cuba: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticos de Salud; 2010 [citado 12 Abr 2021]. 184p. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2010/03/indicadores-basicos-para-el-analisis-del-estado-de-salud.pdf>
15. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticos de Salud. Anuario Estadístico de Salud. 2020 [Internet]. La Habana, Cuba: CEDISAP; 2021 [citado 14 Ago 2021]. 206 p. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Espa%c3%b1ol-2020-Definitivo.pdf>
16. Fernández L, Seuc AH, Peñalvo JL, Galvez DM, Rodríguez A, Morejón A. Mortalidad durante el embarazo, parto y puerperio. Cuba, 2005-2018. Medisur [Internet]. 2020 [Citado 7 mayo 2021]; 18(6):1179-88. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4856>
17. Informe sobre Equidad en Salud 2016: Análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas [Internet]. Ciudad de Panamá, Panamá: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF; 2016 [citado 19 junio 2021]. Disponible en: <http://www.apromiserenewedamericas.org/wp-content/uploads/2016/12/Informe-sobre-Equidad-enSalud-2016.pdf>
18. Ramírez G, Barriento M. Salud sexual y reproductiva. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2015 [citado 18 mayo 2021]; 31 (1):51-55. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v31n1/enf01115.pdf>



19. Bess S, Martínez MA, Fernández MR, Mazorra V, Alonso I, López L, et al. Calidad de las estadísticas de mortalidad materna en Cuba, 2013. Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 12 Abr 2021]. 42:e47. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34906>
20. Escobar B, Carlos A. Pérez CA, Martínez H. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. RevMedInstMex Seguro Soc [Internet]. 2017 [citado 10 julio 2021], 55(3):278-85. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im173b.pdf>
21. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de Mortalidad Materna. Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe 2017 [Internet]. GTR; 2018 [citado 15 abril 2021]; [aprox. 4p]. Disponible en: <https://www.msh.org/sites/msh.org/files/msh-gtr-report-esp.pdf>



I Jornada Virtual de Medicina Familiar en Ciego de Ávila

DEL 1 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2021

