Anotaciones sobre Mortalidad Materna en Clínica Obstétrica

Estudio sobre 35.006 casos obstétricos.

Doctor Carlos R. Silva Mojica
Ex-Jefe de la Clínica Obstétrica.

Trabajo presentado en la Primera Convención Nacional de Obstetricia y Ginecología.
Septiembre 1953
Bogotá.

Este trabajo está basado en el estudio de cuatro estadísticas distintas, referentes a cuatro tipos de pacientes obstétricas diferentes entre sí por diversos aspectos.

1º—Mortalidad materna en clientela particular.
2º—Mortalidad materna en pacientes del ICSS.
3º—Mortalidad materna en pacientes hospitalarias.
4º—Mortalidad materna en clientela mixta. (Particular y de caridad).

Nuestra principal intención al comentar estas observaciones no es presentar un estudio global y general sobre estos cuatro grupos tan diferentes entre sí por el tipo de asistencia médica y los cuidados prenatales, por el grado de educación y el medio social, por el tipo biológico y las particularidades raciales, por las costumbres y los hábitos nutricionales de las pacientes, sino hacer resaltar los factores que los caracterizan y prestar especialísima atención a los resultados particulares de cada uno de ellos.

Si es cierto que llegamos a una conclusión general lo hemos hecho después de un estudio comparativo, con el fin de que al considerar las condiciones del grupo que presente mejores resultados, podamos, no sólo localizar, sino corregir las causas de fracaso, error o deficiencia habidas en los otros grupos.

I

ESTADISTICA DE MORTALIDAD MATERNA EN CLIENTELA PARTICULAR

Estos casos fueron tomados del archivo estadístico de la Clínica de Marly, en Bogotá, y suministrados amablemente por el Dr. Echeverry, jefe de la sección obstétrica de dicha Clínica.

Escogí este tipo de pacientes, porque la Clínica de Marly recibe en una gran mayoría pacientes particulares, es decir, pacientes que tienen su obstetra particular y son controladas en consultorios particulares.

Comprende el número de partos atendidos en los años de 1951, 1952 y 1953, hasta el día 27 de agosto.

Número de partos atendidos en este lapso de tiempo: 3.436.

Número de defunciones maternas: 2.

Causas de estas defunciones: 1º—Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada. 2º—Shock obstétrico.

Cabe anotar que estas dos pacientes eran preeclámpticas: la primera presentó parto espontáneo y la segunda tuvo su parto por vía vaginal, activado y ayudado con dilatación artificial del cuello.

Es interesante anotar que en todo este número de pacientes obstétricas no se presentó sino un solo caso de eclampsia convulsiva.

Basados en estas cifras presentamos estos índices en clientela particular:

INDICE DE MORTALIDAD MATERNA	0,58‰
INCIDENCIA DE ECLAMPSIA CONVULSIVA	0,29‰

II

ESTADISTICA DE MORTALIDAD MATERNA EN EL ICSS.

Estos datos los hemos tomado de la Clínica Primero de Mayo y de la Sección de Estadística del Seguro Social. Se refiere este estudio a los tres primeros años de funcionamiento de la Clínica Primero de Mayo, es decir, del 1º de junio de 1950 al 31 de mayo de 1953.

Número de defunciones maternas 31.
Número de pacientes atendidas en este lapso de tiempo: 18.556.

INDICE DE MORTALIDAD MATERNA EN EL ICSS.: 1,6%°

CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN EL ICSS.

CAUSA	Número de casos	% sobre el número de muertes	Indice sobre el número total de pacientes
Eclampsia	13	41,9%	0,7%°
Shock Obstétrico	3	9,6%	0,16%°
Placenta Previa	2	6,4%	0,10%°
Infección Puerperal	2	6,4%	0,10%°
Afección Hipertensiva	1	3,2%	0,05%°
Afección renal *	1	3,2%	0,05%°
Atrofia aguda amarilla del hígado	1	3,2%	0,05%°
Causas varias	8	26,1%	0,43%°
	31	100 %	1,6%°

Las causas varias comprenden un caso de cada una de las siguientes entidades

1º—Granulia TBC.
2º—Peritonitis generalizada por diverticulitis.
3º—Técnica quirúrgica deficiente en la cesárea.
4º—Cardiopatía.
5º—Ileus paralítico por ruptura uterina.
6º—Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada.
7º—Síncope anestésico.
8º—Infarto del miocardio.

Se desprende del análisis de este cuadro que entre las causas de mortalidad materna ocupa en primer lugar la eclampsia; el segundo el shock obstétrico y el tercero la placenta previa y la infección puerperal.

A)—Mortalidad por Toxicosis Gravídica:

Sobre un número total de 31 muertes, hay 14 debidas a toxicosis: 13 por

* La afección renal se refiere a un caso de glomérulo nefritis difusa crónica.

eclampsia y una por atrofia aguda amarilla del hígado. A estas agregamos dos de las pacientes fallecidas por shock obstétrico quienes presentaban claros signos de eclampsia. Por lo tanto en 16 pacientes la toxicosis fue el agente causal o coadyuvante de la mortalidad. Este nos permite fijar el siguiente índice:

PORCENTAJE DE MORTALIDAD DEBIDA A TOXICOSIS EN EL ICSS: 51,6%.

Entre las muertes por eclampsia anotamos estas particularidades:
Primíparas: 6 casos.
Multíparas: 7 casos.
Embarazadas de término: 8 casos.
Embarazos de 5½ a 7½ meses: 5 casos

TIPO DE ECLAMPSIA

1º—Eclampsia del Parto: 1 caso. Una secundigestante de 7 m. Tratada médicamente. El feto no nació.

2º—Eclampsia del Parto y del Puerperio: 5 casos.

Tratamiento Médico: En dos casos, con embarazo de termino. Los fetos nacieron vivos.

Tratamiento Quirúrgico: 3 casos. Dos embarazos de 7½ meses y uno de término. Estas pacientes fueron tratadas al principio médicamente sin ningún resultado, por lo cual hubo que apelar a la operación cesárea. Los fetos nacieron vivos, pero uno de éstos, un prematuro de 1.600 grs., murió a las 20 horas de nacido.

3º—Coma Eclámptico: 4 casos.

Dos embarazos de término tratados médicamente. En uno murió la paciente antes de nacer el niño y en el otro se hizo cesárea post-morten pero el niño no sobrevivió.

Dos embarazos con fetos no viables (5½ y 6½ meses), tratados primero médicamente y luégo por cesárea, abdominal la una y vaginal la otra.

4º—Eclampsia del Puerperio: 3 casos; tres embarazos de término, con parto espontáneo (forceps en uno) y fetos vivos. Fueron tratados medicamente sin resultado ninguno.

Teniendo en cuenta el aspecto fetal, podemos anotar lo siguiente en estos casos de eclampsia: Dos fetos viables (nonatos) murieron en pacientes tratadas médicamente. Es posible que hubieran sobrevivido mediante la cesarea.

De los 9 fetos viables restantes, se salvaron 7.

En total, de 13 casos de eclampsia, con muerte de la madre, perecieron también 6 fetos.

Lamentablemente, por deficiencia de las historias clínicas, no podemos anotar con seguridad cuántas y cuáles de estas pacientes tuvieron control prenatal adecuado, lo cual es de suma importancia en la toxemia.

B)—Mortalidad por Shock Obstétrico:

Registramos 3 casos. Dos de estas pacientes, como ya lo dijimos estaban complicadas de toxicosis. Multíparas ambas, dieron a luz fetos muertos. A una de ellas, con trabajo muy rápido, se le hizo aplicación de forceps.

La tercera presentó un trabajo prolongado y accidentado: intentos de forceps primero y cesárea a última hora, complicada con intolerancia de la anestesia. Finalmente sobrevino el shock irreversible a pesar de todos los medios a que se acudió.

C)—Mortalidad por Placenta Inferior:

Anotamos dos casos. Uno con placenta de tipo central parcial y tratada con operación cesárea. Se obtuvo un feto prematuro morti nato. La otra con placenta marginal, tuvo el parto espontáneo, con feto vivo. Ambas fallecieron por anemia aguda.

D)—Mortalidad debida a Sepsis Puerperal:

Citamos dos casos, en que la infección apareció después de abortos de dos meses (no se sabe si espontáneos o provocados). La una presentó pelviperitonitis y la otra septicopiohemia.