

Ministerio de Salud
Dirección General de Salud
Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
Análisis de Situación de Mortalidad Materna. Año 2019

Contenido

Introducción	1
Metodología.....	2
Resultados	2
Discusión.....	7
Conclusiones	8
Recomendaciones.....	8
Bibliografía	9

Introducción

El embarazo es un estado fisiológico por el que puede atravesar cualquier mujer, pero a pesar de ser natural, se pueden presentar complicaciones aún con las atenciones de salud recibidas de manera adecuada en esta etapa. En este sentido, la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio es una catástrofe familiar y representa un problema de salud pública por las connotaciones que acarrea.

La muerte materna es una violación a los derechos; no se trata sólo de la violación de estándares internacionales reconocidos y acordados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otros tratados internacionales, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer - CEDAW (1979), la Convención Americana de Derechos Humanos (1969), y el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Silvina Ramos, 2004), se trata también de violaciones a la

constitución nacional, en donde no le otorgamos la Salud igual para todos y todas.

A diario se estima que mueren en el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Para el año 2015, las muertes maternas lograron alcanzar un aproximado de 303, 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. (OPS, 2020)

El 99% de las muertes maternas en el mundo corresponden a países en desarrollo, y más del cincuenta por ciento (50%) en África y Asia meridional (OPS, 2015)

Para el período 2010-2013 la Razón de la Mortalidad Materna en la Región de las Américas fue de 58.2 x 100,000 Nacidos Vivos (NV), la Subregión del Caribe Latino con una Razón de 192.2 x 100,00 NV la más alta para este período y la Sub Región del Norte con una razón de 13.5 x 100,000 NV la más baja. (OPS, 2015). A pesar de las cifras en todas las subregiones se observó un descenso en la razón de mortalidad materna.

En Panamá la Razón de muerte materna para el año 2018 fue de 47.6 x 100,000 NV, mostrando un descenso considerable con respecto a años anteriores.

A pesar de estas notables disminuciones generales, si se analizan los datos en regiones específicas de áreas vulnerables en cada país de la región de las américas, y en específico en Panamá, la desigualdad en los datos reflejará que

la mortalidad materna sigue siendo unos de los grandes desafíos de la Salud Pública.

La muerte materna cumple un importante papel como indicador socioeconómico que permite valorar la utilidad de las legislaciones vigentes de un estado en materia de atención de la salud, identificar falencias en las políticas públicas sanitarias, y determinar protocolos que puedan reducir esta cifra de muerte prevenible.

Los efectos de la mortalidad materna son múltiples y abarcan diversos ámbitos. El impacto económico y social es variado: las mujeres en muchos hogares son los pilares de las familias, las que educan a sus hijos, las que proveen el cuidado de los jóvenes y ancianos; son campesinas, comerciantes, trabajadoras y, frecuentemente, las únicas que proveen el sustento familiar.

La muerte materna constituye una medida sensible de la desigualdad y de la inequidad entre los países y al interior de cada país y está inversamente relacionada con la cobertura de la asistencia profesional del parto. A su vez un aumento de la cobertura de la atención prenatal (al menos cuatro visitas) se asocia con una menor RMM, lo que indica la efectividad de la asistencia prenatal.

El riesgo de muerte materna puede reducirse mediante la implementación de educación sexual y reproductiva, planificación familiar, mejora del acceso a servicios de alta calidad antes, durante y después del parto, brindados por profesionales de la salud capacitados en especial a los grupos más vulnerables de la

población. Aunque estas soluciones parezcan sencillas, no ha sido posible que lleguen a toda la población en Panamá en especial las áreas de mayor riesgo por el tema de la interculturalidad.

Metodología

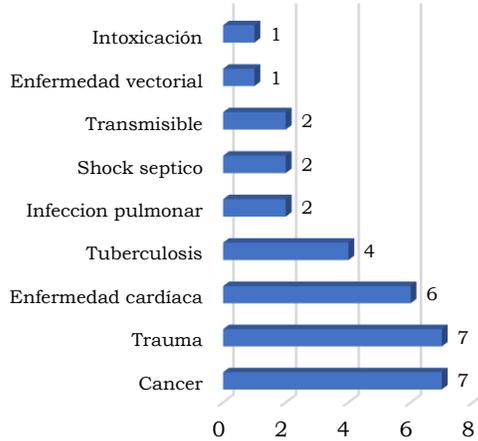
Se realizó una revisión retrospectiva, descriptiva y transversal de las muertes maternas reportadas a nivel nacional en el año 2019, además de las muertes en mujeres que estuvieron embarazadas en los últimos cuarenta y dos (42) días y las mujeres que estuvieron embarazadas en el último año, mujeres en edad fértil que fallecieron; y así se dá seguimiento a una estrategia impulsada en el año 2018, la Búsqueda intensificada y Reclassificación de las Muertes Maternas (BIIRMM). Se creó una base de datos digital en la cual se tabularon variables cuantitativas y cualitativas.

Resultados

En el año 2019 se reportaron sesenta y un (61) muertes por complicaciones que se presentaron durante el embarazo, parto, puerperio.

De las muertes reportadas, treinta y dos (32) no estuvieron relacionadas con o agravadas por el embarazo. El 44% (22% cada una) fueron causadas por cáncer y traumas, un 19% (6/32) por enfermedad cardíaca, 13% (4/32) por tuberculosis, el resto en menor porcentaje por otras afecciones.

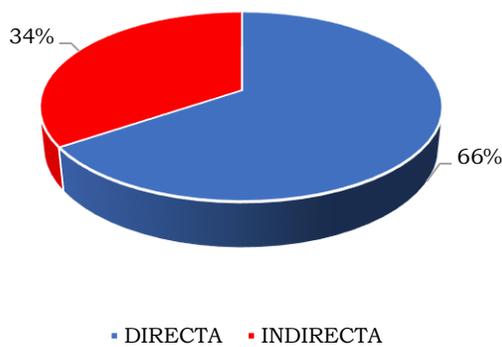
Muertes Materna No Relacionadas según causa, República de Panamá. Año 2019



Fuente: Base de Datos MM 2019/SSR

Se reportaron veintinueve (29) muertes maternas de causas relacionadas, de estas el 66% (19/29) resultaron de causas directas, mientras que el 34% (10/29) fueron de causas indirectas.

Porcentaje de Muerte Materna de acuerdo a la clasificación, República de Panamá. Año 2019



Fuente: Base de Datos MM 2019/SSR

Las causas básicas directas estuvieron relacionadas a diversas patologías, encabezadas éstas por aquellas asociadas a hemorragias

posteriores al parto en un 26% de los casos, seguidas por patologías asociadas a trastornos hipertensivos del embarazo en un 21%, sepsis en un 16%, tromboembolismo pulmonar, parto y falla orgánica múltiple en un 11% cada una y fiebre post parto en un 4%.

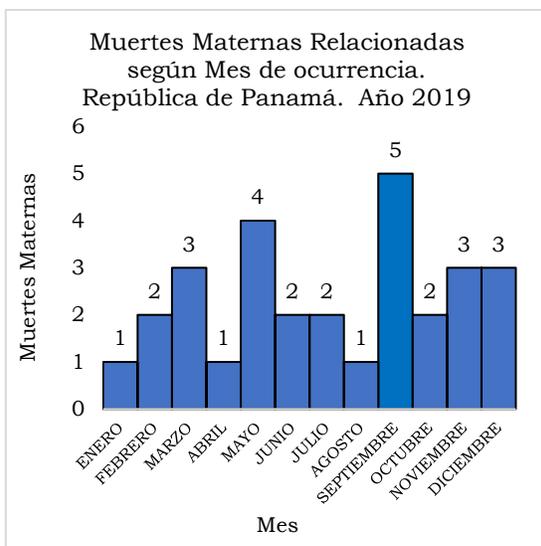
Causas Directas de Muertes Materna. República de Panamá, año 2019



Fuente: Base de Datos MM 2019/SSR

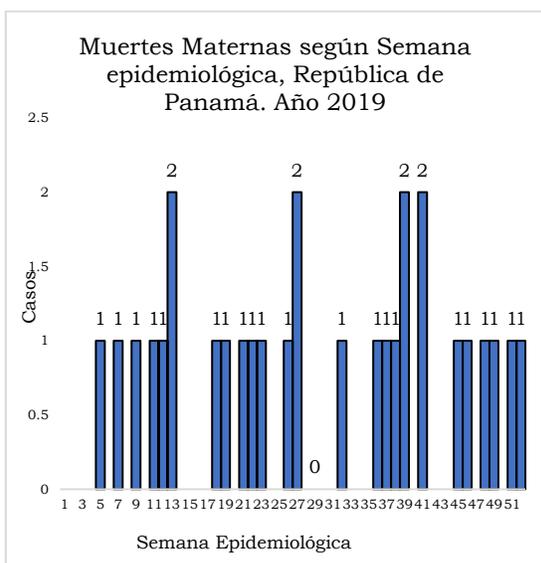
Las causas básicas indirectas, las cuales suman diez (10) fueron ocasionadas cada una por morbilidades crónicas previas en las pacientes fallecidas.

De acuerdo con el mes de ocurrencia, septiembre y mayo representaron los meses en que más casos se reportaron con cinco (5) y cuatro (4) casos respectivamente, en el resto de los meses se reportaron 3 o menos casos.



Fuente: Base de Datos MM 2019/SSR

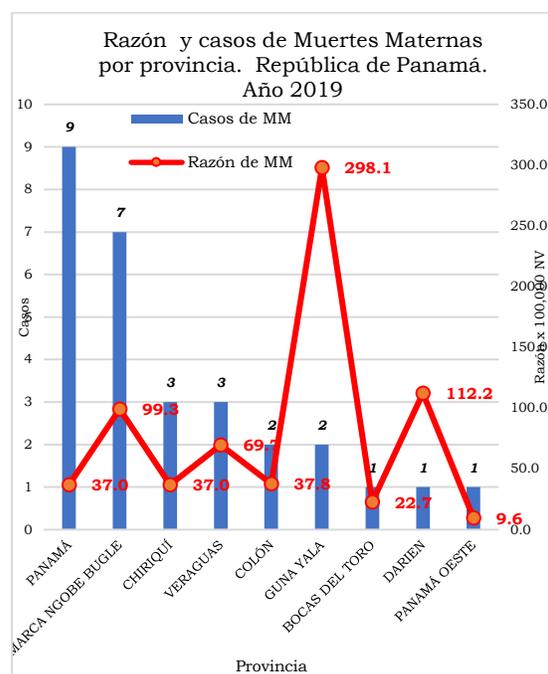
Por semana epidemiológica no se reportaron más de dos (2) casos en las semanas en que se presentaron fallecimientos.



Fuente: Base de Datos MM 2019/SSR

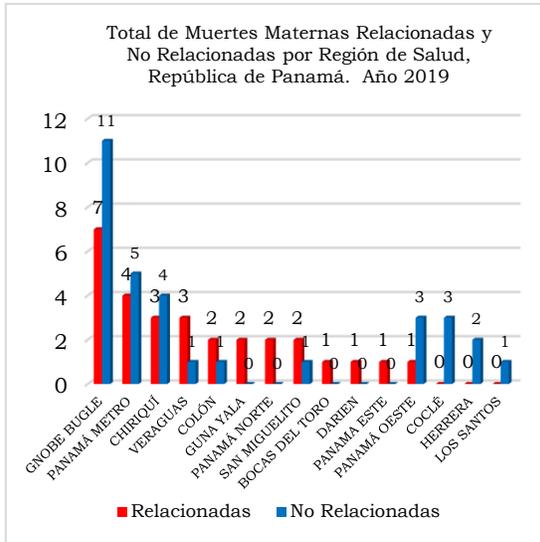
La mayor cantidad de casos acumulados se presentó en la provincia de Panamá (9), seguido por la Comarca Ngäbe Buglé (7), Chiriquí (3), Veraguas (3), Colón (2), Guna Yala (2), y Bocas del Toro, Darién Y Panamá Oeste con 1 caso cada uno.

Cuando se observa la Razón de Muerte Materna (RMM), la cifra más alta se reportó en la Comarca Guna Yala con 298.1 x 100,000 NV, seguido de la provincia de Darién con 112.2 x 100,000 NV, Comarca Ngäbe Buglé 99.3 x 100,000 NV, Colón con 69.7 x 100,000 NV y el resto de las provincias que reportó casos con razones por debajo de 30 x 100,000 NV.



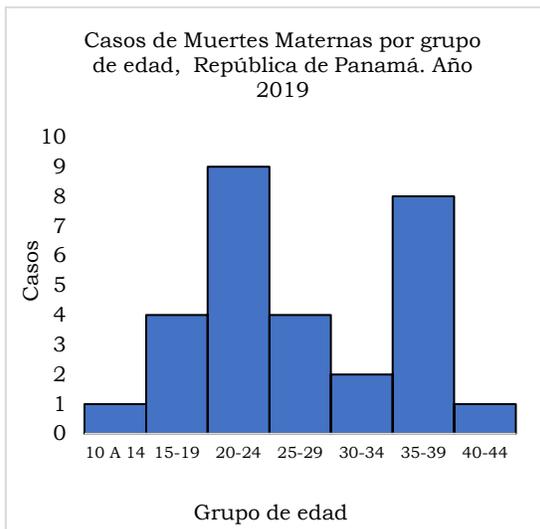
Fuente: Base de Datos MM 2019/SSR

Las muertes maternas tanto relacionadas como no relacionadas fueron más frecuentes en la Comarca Ngäbe Bugle, seguidas por la región Metropolitana y Chiriquí; en base a las causas relacionadas fueron seguidas por las regiones de Veraguas, Colón, Guna Yala, Norte y San Miguelito.



Fuente: Base de Datos MM 2019/SSR

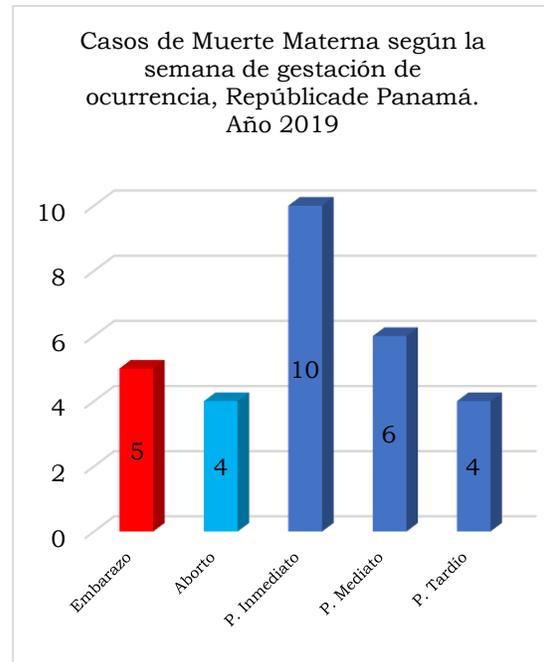
Los casos de MM relacionadas se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de 20-24 años con 31% (9/29), seguido por el grupo de 35 -39 con 28% (8/29), 25-29 y 15-19 con 14% (4/29) cada uno, 30-34 con 7% (2/29); 40-44 y 10-14 con 3% (1/29) cada uno.



Fuente: Base de Datos MM 2019/SSR

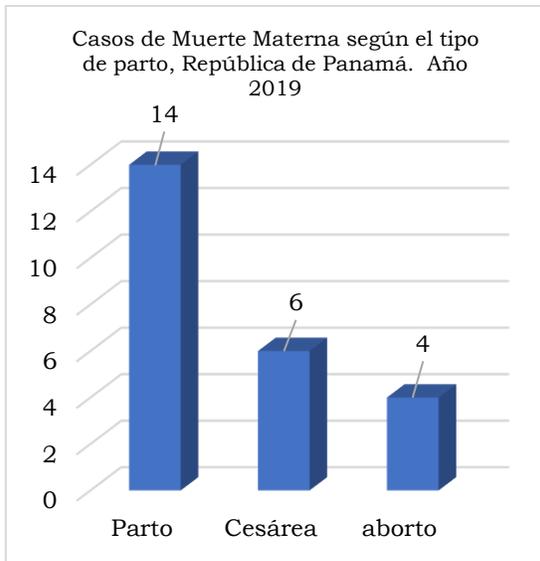
De acuerdo con la semana de la gestación en que se dio la defunción, el 69% (20/29) de las muertes

relacionadas ocurrieron en el puerperio; de estas, el 50% ocurrió en el puerperio inmediato. Un 17 % (5/29) de los fallecimientos ocurrieron en etapa gestante y un 14% (4/29) resultaron como complicaciones de un aborto.



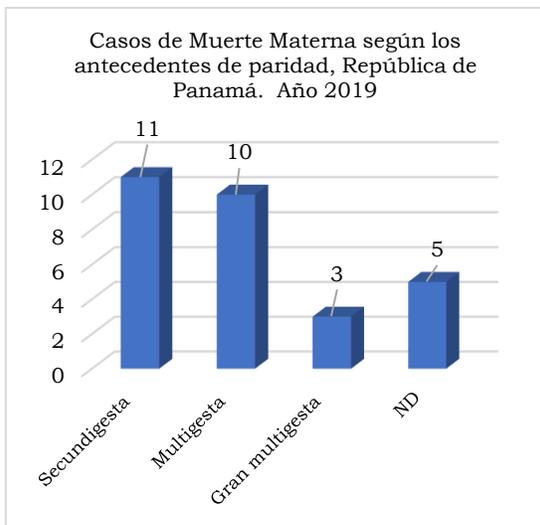
Puerperio inmediato: 0 a 1 hora post parto
 Puerperio mediano: 1 hora a 1 semana post parto
 Puerperio tardío: 1 semana a 6 semanas post parto
 Fuente: Base de Datos MM 2019/SSR

El tipo de parto en la terminación del embarazo también es analizado. El parto vaginal fue el más frecuente en las MM relacionadas, seguido por la cesárea y el aborto con 58%, 25% y 17% respectivamente.



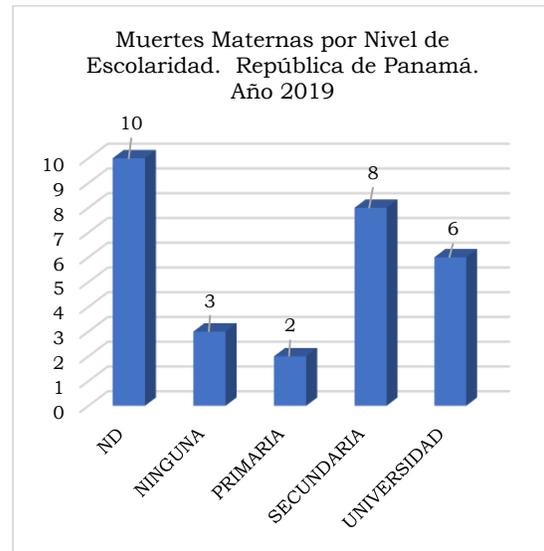
Fuente: Base de Datos MM 2019/SSR

De acuerdo con el antecedente de paridad de la mujer, aquella con 2 o menos embarazos previos (secundigesta), fue la MM relacionada con más casos, seguida estrechamente de la multigesta (3 a 5 embarazos) y por último la gran multigesta (6 o más embarazos); lamentablemente, en cinco de las defunciones no se logró obtener la información del antecedente de paridad.



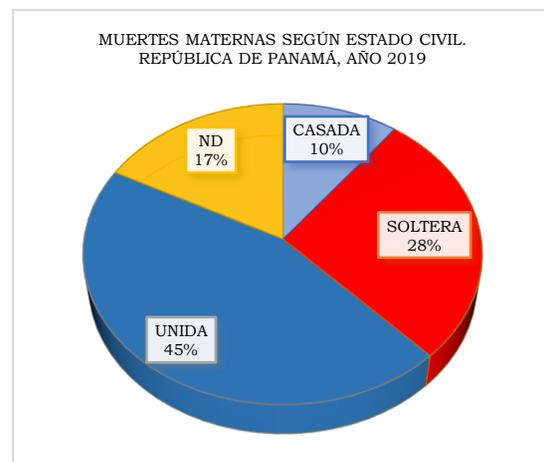
Fuente: Base de Datos MM 2019/SSR

Según el nivel de escolaridad de la mujer, 21% (6/29) logró educación universitaria, 28% (8/29) educación secundaria, 7% (2/29) algún grado de primaria y 10% (3/29) ningún grado de escolaridad. En el 34% de los casos no se logró obtener información sobre el nivel de escolaridad.



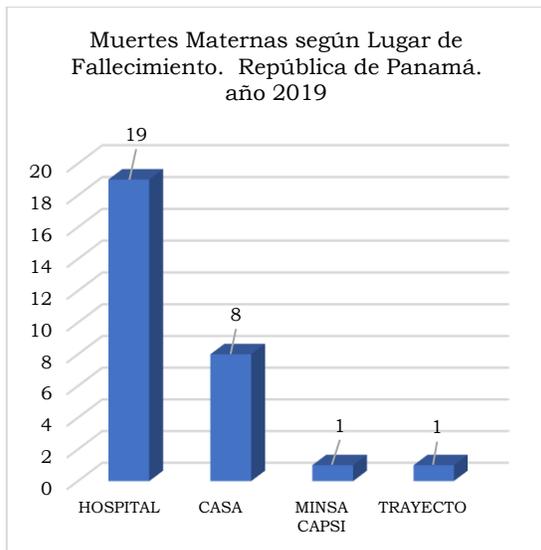
Fuente: Base de Datos MM 2019/SSR

En lo que se refiere al estado civil, la unión libre (45%) y la soltería (28%) resultaron presentar las frecuencias más elevadas, seguida por las casadas en un 10%. En 17% de los casos no se obtuvo información sobre el estado civil de la fallecida.



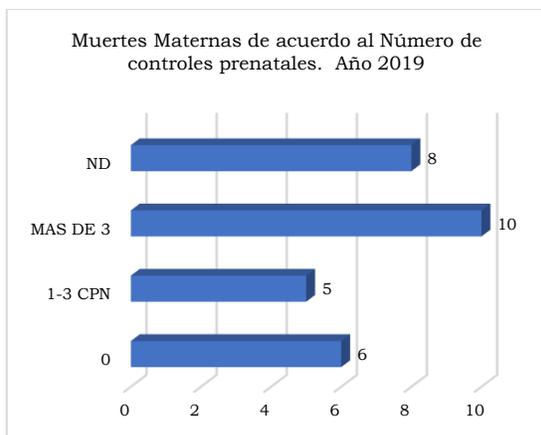
Fuente: Base de Datos MM 2019/SSR

De acuerdo con el lugar donde ocurrió el deceso, el 66% (19/29) ocurrió en un hospital, 28% (8/29) se dio en casa y 3% (1/29) ocurrieron en una instalación local y en el trayecto cada una.



Fuente: Base de Datos MM 2019/SSR

En relación con la cantidad de controles prenatales recibidos durante la gestación, el 39% acudió a más de 3 controles prenatales, el 17% de uno a tres controles y 21% no acudió a ningún control prenatal. En el 28% de los casos no se contó con la información de los controles prenatales recibidos por la embarazada.



Fuente: Base de Datos MM 2019/SSR

Discusión

Al analizar la situación de las muertes maternas en el año 2019, la distribución de las mismas de acuerdo a la residencia (regiones y comarcas) sigue marcando el nudo crítico principal ya que en su mayoría ocurrieron en la Comarca Ngäbe Buglé; lo que acarrea, que al hablar de mortalidad materna en Panamá es necesario recordar que la interculturalidad es clave para el abordaje integral de este problema.

La Salud Intercultural entendida como un proceso en el que las distintas percepciones y prácticas de salud enfermedad-atención actúan desde los distintos sistemas médicos (ancestral u occidental) (Mirelly Aguilar-Peña, 2020) y debe estar enmarcada en sus tres dimensiones, política, estructural y formativa es esencial que forme parte de la actualización del personal de salud que vigila y le da seguimiento a la muerte materna.

La razón de muerte materna de igual manera presentó su cifra mas alta para el año 2019 en la Comarca Guna Yala, seguida de la Comarca Ngäbe Buglé, lo que refuerza lo expuesto en líneas anteriores.

Las hemorragias; específicamente la hemorragia post parto, es una de las principales causas de muerte materna, presentándose como la mayor de las causas en el año 2019 en Panamá.

En el mundo se calcula que aproximadamente el 11% de las mujeres que dan a luz un nacido vivo sufren una hemorragia severa (AbouZahr, 2003); estas cifras apuntan a redirigir las acciones a las

hemorragias maternas del tercer trimestre, en especial las del parto y periparto, para lograr un mayor impacto en la mortalidad materna. (OPS/ CLAP-SMR, 2015).

Catorce (14) de estas muertes ocurrieron en grupos de escolaridad elevada, situación preocupante pues la escolaridad se asocia a mayor conocimiento y accesibilidad de servicios de salud.

La accesibilidad y la atención oportuna en las unidades de atención siguen presentándose relacionadas como factor social a las muertes maternas. El 3 % de éstas ocurrieron trayecto al hospital

El mayor número de las muertes ocurrió en el puerperio, y a pesar de que la tasa de asistencia profesional del parto fue elevada en el año 2019 refuerza la necesidad de contar con un adecuado y oportuno acceso a servicios de cuidados obstétricos de emergencia, sobre todo en las unidades hospitalarias donde se registró el mayor número de decesos

Dentro las limitaciones de este análisis es que no se contó con un registro completo y adecuado antecedentes ginecobstétricos como la paridad de la mujer; y las condiciones socioeconómicas de la mujer fallecida, tales como: el nivel de escolaridad y el estado civil, ya que estos incidirían en los determinantes sociales al ser considerados como factores de riesgo de morbilidad materna extremadamente grave y mortalidad materna.

Conclusiones

- Se reportaron sesenta y un (61) muertes según la nueva metodología de reportes de mujeres en edad fértil que fallecieron
- Veintinueve (29) muertes estuvieron relacionadas o agravadas por el embarazo, y treinta y dos (32) no lo estuvieron.
- El 66% de las muertes de causas relacionadas fueron de causas directas y de estas su tres principales patologías estuvieron encabezadas por: hemorragias post parto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis.
- La mayoría de las muertes ocurrieron en el puerperio y de estas el 50% ocurrió el en puerperio inmediato.
- El parto vaginal fue el más frecuente en las Muertes maternas
- Las muertes maternas en los grupos de secundigesta y multigesta fue más frecuente.
- El 66% de los decesos ocurrieron en los hospitales y 28% en casa.
- La mayoría de las fallecidas contaba con más de 3 controles prenatales.

Recomendaciones

- Incorporar la Salud intercultural como una asignación obligatoria para todos aquellos actores que vigilan la muerte materna en Panamá.

- Mantener y Reforzar las capacitaciones en los hospitales en el CODIGO ROJO
- Incorporar la planificación familiar como estrategia prioritaria, sobre todo en las áreas más apartadas.
- Fortalecer la docencia en el personal de salud haciendo énfasis en la recolección completa de los datos solicitados en la autopsia verbal.
- Reforzar la importancia del control prenatal como herramienta de detección de riesgo.
- Mantener un programa de Inducción a cada personal de salud que ingrese nuevo al sistema.

OPS/ CLAP-SMR. (2015). *Cero muertes maternas por hemorragia: proyecto interdepartamental OPS.*

Silvina Ramos, M. R. (2004). Para que cada muerte materna importe .

Bibliografía

AbouZahr, C. (December de 2003). Global burden of maternal death and disability. *British Medical Bulletin*, 67.

Max Enriquez Navas, A. E. (2020). Comportamiento y desigualdades sociales en indicadores priorizados del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 en Bolivia . *Revista Panamericana de Salud Pública.*

Mirlelly Aguilar-Peña, M. F.-P. (mayo de 2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública.*

OPS. (2015). *Estado de Salud de la Población. Mortalidad en Región de las Americas.*

OPS. (2015). *Salud de la Madre, el recién nacido, el niño y el adolescente.*

OPS. (2020). *Salud Materna.*