

Mortalitatea maternă în România în anul 2013

Maternal mortality in Romania in 2013

Dr. Marrie Jeanne GARDESCU¹, Dr. Alexandru MATEI¹, Dr. Antoine EDU¹, Prof. Dr. Dimitrie NANU²

¹Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa“, București

²Clinica de Obstetrică-Ginecologie „Bucur“, București

REZUMAT

Mortalitatea maternă reprezintă o problemă care, în continuare, preocupă organizațiile medicale și factorii responsabili în vederea identificării cauzelor și găsirii unor soluții pentru ameliorarea ei. Deși România a înregistrat în ultimii ani o tendință descrescătoare a indicilor de mortalitate maternă, aceasta se menține totuși la un nivel ridicat pentru media zonei geografice în care ne aflăm.

Cuvinte cheie: mortalitate maternă, cauze, România

ABSTRACT

The maternal mortality continues to be a concern for both the medical organizations and for the factors responsible with the identification of causes and with the disposal of this matter. Although the recorded tendency of the maternal mortality in Romania has been decreasing in the last years, it still remains at a high level compared to the average recorded in the geographical zone we are situated in.

Keywords: maternal mortality, causes, Romania

Mortalitatea maternă reprezintă una dintre principalele preocupări ale autorităților mondiale din domeniul sănătății, precum și ale fiecărei țări în parte, aceasta fiind calificată ca „un barometru al situației femeii în fiecare țară“ (conform OMS și UNICEF). Din această perspectivă, eforturile pentru reducerea mortalității materne și perinatale fac parte din preocupările primordiale ale OMS, maternitatea fără risc fiind definită ca obiectiv al dezvoltării. (1)

Definiția decesului matern a fost stabilită ca: „Decesul unei femei survenit în cursul sarcinii sau după o perioadă de 42 de zile de la întreruperea sarcinii, oricare ar fi durata sau localizarea, printr-o cauză determinată sau agravată

de sarcină sau de îngrijirile pe care le-a necesitat, dar nici accidentală, nici întâmplătoare“. (2)

Metoda de măsurare a mortalității materne este rata mortalității materne (directă și indirectă) la 100.000 de nașteri vii pe an.

Deseori, acuratețea măsurării mortalității materne este aproximativă, fiind frecvent subestimată.

Mortalitatea maternă cuprinde:

- Deces prin risc obstetrical direct (R.O.D.), mai exact cauză directă determinată de sarcină (Tabelul 1);
- Risc obstetrical direct printr-o cauză preexistentă, dar agravată de sarcină.

Adresă de corespondență:

Dr. Marrie Jeanne Gardescu, Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa“, Șos. Vergului nr. 12, București
E-mail: mgardescu@yahoo.com

- Decesul prin avort, determinat de toate complicațiile acestuia sau sarcina extrauterină.

Din analiza ultimilor 15 ani, rezultă o scădere a mortalității pe toate cauzele de deces.

Pentru anul 2013 se poate face o observație, și anume că mortalitatea maternă a crescut la 27 de cazuri, față de 23 în 2012.

Referindu-ne la categoria de deces, se constată că, în 2013, a crescut numărul de decese prin risc direct (13 prin avort), mai multe ca în 2012, și a scăzut cel prin risc indirect (9 în 2012) și 7 în 2013. (3)

TABELUL 1. Grupele de diagnostic pentru mortalitatea maternă prin risc obstetrical direct

O00-O08	Sarcină terminată prin avort
O10-O16	Edem, proteinurie și hipertensiune în cursul sarcinii, nașterii și lăuziei
O20-O29	Alte tulburări materne legate în special de sarcină
O30-O48	Îngrijiri acordate mamei legate de făt, cavitatea amniotică și eventuale distocii
O60-O75	Complicațiile travaliului și nașterii
O80-O84	Nașterea
O85-O92	Complicațiile legate în principal de lăuzie
O95-O99	Alte afecțiuni obstetricale, neclasate la alte locuri

Din 2009 se codifică cauzele de deces matern indirect (risc obstetrical indirect – R.O.I.) cu coduri 0.95-0.99.

Până la acea dată nu se puteau identifica drept cauze de mortalitate maternă prin R.O.I., ci se codificau cu codul de boală. Din 2009, există o categorie de mortalitate maternă prin R.O.D. (coduri 0,10-0,92), prin avort (0.00-0.08), prin R.O.I. (0.95-0.99) și cauze colaterale.

Repartiția pe medii a mortalității materne (M.M.) arată o scădere pe ambele medii față de 2012, în mediul urban de la 9,2 la 10,2/100.000 de născuți vii.

Pe toată perioada de 15 ani s-a remarcat un trend de scădere a deceselor prin R.O.D., prin avort și prin R.O.I.

În funcție de nivelul de instruire al mamelor, mortalitatea scade cu cât este mai mare nivelul de instruire.

Din punct de vedere al stării civile, s-a constatat că cele mai multe mame erau căsătorite, urmate de cele necăsătorite, divorțate și văduve (2012-1999). În schimb, în 2013, din cele 27 de femei decedate, 15 erau necăsătorite și 12 căsătorite.

Locul decesului a fost consemnat în spital pentru 20 dintre ele în 2013 și 17 în 2012, iar în

altă parte 3 în 2013 și 2 în 2012, tendința menținându-se în scădere pe toți cei 15 ani.

În funcție de grupa de vârstă, trendul este în scădere pentru anii 1999-2013, însă pentru anul 2013, pentru grupa 20-29 de ani numărul deceselor a crescut de la 4 decese în 2012 la 6 decese în 2013. Pentru restul grupelor a scăzut sau s-a menținut.

Mortalitate maternă prin risc obstetrical direct

Decesele prin R.O.D. au crescut în 2013 față de 2012, de la 11 la 14. Pe medii de proveniență, au crescut, de asemenea, în 2013, mai ales pentru mediul urban – de la 4 la 6.

Pe județe, în Cluj s-au înregistrat 4, în Teleorman – 2 și câte 1 deces în alte 8 județe.

În funcție de starea civilă, în 2013 se observă că numărul mamelor care au decedat este mai mare pentru necăsătorite decât pentru căsătorite (8 necăsătorite față de 6 căsătorite).

Structurarea în funcție de nivelul de instruire și-a menținut tendința, fiind cu atât mai mică cu cât nivelul de instruire este mai avansat.

În funcție de locul decesului, raportul în cadrul aceleiași an a fost în favoarea deceselor în spital – 17 în 2012 și 11 în 2013, înregistrându-se însă o scădere în 2013 față de 2012 pentru decesele înregistrate la domiciliu.

În grupe de diagnostic, în 2013 s-a remarcat o creștere pentru grupa 0.10-0.16, de la 1 în 2012 la 4 în 2013; pentru grupa de diagnostic 0.00-0.75 – de la 1 deces în 2012 la 6 în 2013. Pentru celelalte grupe s-a remarcat o scădere: grupa 0.30-4.48 – de la 4 în 2012 la 2 în 2012, iar pentru grupa 0.85-0.92 de la 5 la 2.

În funcție de grupele de vârstă: tendința este de scădere a mortalității materne prin R.O.D., cu creștere pentru grupa de 20-29 de ani în 2013.

Datele analizate pot înregistra anumite erori datorate completării necorespunzătoare în fișele de observație a unor factori de risc cum ar fi:

- sarcinile anterioare, nașterile anterioare, născuți feți morți în antecedente, avorturi incomplete;
- alți parametri omiși ar fi: nedispensarizarea gravidelor și numărul de controale, vârsta sarcinii.

Din totalul de 14 decese, au fost 2 cazuri în care s-a intervenit chirurgical, practicându-se operație cezariană clasică, pentru un caz s-a intervenit pentru extragerea placentei retenționate, în altul pentru refacerea peretelui vaginal, iar pentru un caz histerectomie totală abdominală. În 9 cazuri nu a fost nevoie de intervenție chirurgicală sau obstetricală. (3)

Mortalitatea maternă prin risc obstetrical indirect

Codificarea corectă și centralizarea deceselor prin R.O.I. a putut fi făcută coerent din 2009, când s-au putut încadra aceste entități corespunzând indicativelor 0.95-0.99.

Pentru anul 2013 repartitia detaliată pe coduri de diagnostic pentru cele 7 decese înregistrate este următoarea (Tabelul 2):

TABELUL 2. Repartitia pe coduri în 2013

O980,	<i>(B230 – Sindrom de infecție acută prin VIH)</i>
O994,	<i>(I060 – Stenoză aortică reumatică)</i>
O994,	<i>(I110 – Cardiopatie hipertensivă cu insuficiență congestivă a inimii)</i>
O995,	<i>(J180 – Bronhopneumonie fără precizare)</i>
O998,	<i>(C580 – Tumoră malignă a placentei)</i>
O998,	<i>(C349 – Tumoră malignă – bronhii și pulmon, fără precizare)</i>
O998,	<i>(C679 – Tumoră malignă – vezică urinară fără precizare)</i>

Din punct de vedere al repartiției pe medii de proveniență, în mediul rural s-au înregistrat mai multe decese ca în cel urban, tendință menținută și în 2013.

După grupa de vârstă, s-a înregistrat o creștere în 2013 pentru grupa de vârstă 20-29 de ani. În funcție de locul deceselor, în spital au avut loc 61, la domiciliu 7 și în altă parte 3. În 2013, s-a urmat același tipar.

Pentru anul 2013, riscul medical în raport de evoluția sarcinii a demonstrat că în 4 cazuri boala era preexistentă, în 2 boala a apărut în cursul sarcinii și 1 neconcludent.

În ceea ce privește locul desesului, 6 au avut lo într-o unitate spitalicească și 1 la domiciliu. În cazul deceselor prin R.O.I., fișele de observație nu au fost completate integral.

Mortalitate maternă prin avort (Tabelul 3)

După momentul critic din 2010, în care s-a înregistrat o creștere a deceselor ca urmare a avortului și complicațiilor lui, care nu a urmat trendul crescător de până atunci, în anii ce s-au succedat numărul a scăzut, cu aceeași repartitie în mediul urban și rural în 2013.

Locul unde s-au înregistrat majoritatea deceselor a fost la spital. Pe grupe de vârstă, a existat

o creștere în 2013 față de 2012 pentru grupa de 20-29 de ani. De asemenea, pe foile de observație nu au fost completate toate informațiile.

TABELUL 3. Repartitia pe cauze ale celor 6 decese în anul 2013

1	O051	Alte forme de avort – incomplet, complicat cu o hemoragie întârziată sau severă
<i>G409</i>		<i>Epilepsie fără precizare</i>
2	O021	Retenție de făt mort – în uter
3	O050	Alte forme de avort – avort incomplet, complicat cu o infecție a aparatului genital și a organelor pelvice
4	O009	Sarcină extrauterină, fără precizare
5	O040	Avort medical – avort incomplet, complicat cu o infecție a aparatului genital și a organelor pelvice
<i>A419</i>		<i>Septicemie fără precizare</i>
6	O066	Avortul fără precizare – complet sau fără precizare, complicat cu o hemoragie întârziată sau severă

Mortalitate maternă prin cauze colaterale

În 2013, s-au înregistrat 2 decese materne în județul Dâmbovița și unul în Bistrița-Nasăud. Unul a fost intoxicație cu metanol și altul ca urmare a ingestiei voluntare de acid azotic.

Din punct de vedere al stării civile, una dintre femeii era căsătorită, alta nu; prima se încadra în grupa de vârstă 15-19 ani, iar cealaltă în grupa de vârstă 35-39 de ani. Ambele femei se aflau la prima sarcină, iar decesul s-a produs în spital.

În concluzie, în România, în 2013 au decedat 27 de gravide aflate în perioada postavort (3 zile), respectiv lăuze (42 de zile post partum), la care se adaugă 2 decese prin cauze colaterale. (3)

Studiul de față, al mortalității materne, are ca scop găsirea elementelor vulnerabile care pot fi corectate și care pot duce la scăderea constantă a acestui fenomen. Probabil că creșterea nivelului de educație sanitară a femeilor va duce la înțelegerea faptului că dispensarizarea precoce a sarcinii conduce la depistarea și încadrarea în clasele de risc obstetrical direct sau indirect, astfel încât să fie posibilă urmărirea lor în servicii sanitare specializate.

De asemenea, este necesară și instruirea cadrelor sanitare medii și superioare și în ceea ce privește completarea rubricilor din actele medicale, cu depistarea cauzelor reale de deces.

BIBLIOGRAFIE

1. Ion Munteanu, Tratat de obstetrică, ed. a II-a, 2006, pg. 1521-1525
2. Crisan N., Nanu D. Obstetrică, Manual pentru studenți, UMF „Carol Davila”, București, 1994
3. Ministerul Sănătății INSP – CNSISP, Mortalitatea maternă în 2013
4. Suci N., Nicolescu S., Băncănu G., Marinescu B., Bela Sz., Mortalitatea maternă în România 2006-2010