



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 1997; 43 (2) : 147-151

### Mortalidad materna en tres hospitales de Trujillo

RENÉ ALCÁNTARA

#### Resumen

**OBJETIVO:** Estudio acerca de mortalidad materna durante 15 años, con el propósito de determinar su tendencia y factores causales. **DISEÑO:** Estudio retrospectivo. **LUGAR:** 3 hospitales de Trujillo. **RESULTADOS:** Noventa y cuatro madres fallecieron en ese lapso, con la TMM de 87,8 x 100, 000 NV. El riesgo de perecer aumentó a partir de los 35 años y del 4to embarazo, y en pacientes sin control prenatal ( $p < 0,01$ ). Por causas directas fallecieron 83,7% y por indirectas 17,3%. Las principales causas directas se debieron a las infecciones (28%), hipertensión inducida por la gestación (26,5%) y a la hemorragia (23,4%). **CONCLUSION:** Aún no existe una clara tendencia a disminuir nuestras tasas de mortalidad materna en Trujillo.

Palabras clave: Mortalidad materna, edad, paridad, control prenatal.

#### Summary

**OBJECTIVE:** To study maternal mortality during 15 years and determine its tendency and etiological factors. **DESIGN:** Restrospective study. **SETTING:** Tree hospitals in Trujillo. **RESULTS:** Ninety four mothers died with a mortality rate of 87,8 x 100, 000 NV. Risk increased after 35 years and 4th. pregnancy, and in patients without prenatal care ( $p < 0, 01$ ). Direct causes produced 83,7% of deaths and indirect causes 17,3%. Main direct causes were infections (28%), pregnancy induced hypertension (26,5%), and hemorrhage (23,4%). **CONCLUSION:** There is not a clear tendency to diminish maternal mortality rate in Trujillo.

Key words: Maternal mortality, age, parity, prenatal control.

#### Introducción

Con el transcurso de los años, los médicos que manejan las instituciones de Salud aprenden de sus aciertos, pero también de sus errores.

Es así que muchos países tratan de mejorar la calidad de vida y de atención a los pacientes, y logran disminuir progresivamente sus casos de mortalidad.<sup>1,2</sup>

Uno de los indicadores más importantes para determinar la situación de salud es la tasa de mortalidad materna<sup>3,4</sup>, la cual refleja múltiples aspectos, como la calidad del médico, la calidad de atención, los recursos nosocomiales disponibles y el nivel de cultura e información de las pacientes<sup>5,6</sup>.

Por otro lado, es indudable que todo servicio de gineco-obstetricia y las instituciones mismas deban conocer sus cifras de mortalidad materna y otorgarle la prioridad que le corresponda<sup>7</sup>, muy por encima de otras actividades en donde las posibilidades de evitar una defunción sean casi nulas.

Este trabajo se realizó con el propósito de hallar la tendencia de mortalidad materna y de determinar sus factores causales en tres hospitales de Trujillo, para así tratar de mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes.



## Material y métodos

Se estudió 94 muertes maternas ocurridas en tres hospitales referenciales de Trujillo, de 1980 a 1994, para los hospitales de salud Belén y Regional (HRDT) y de 1,985 a 1,994 para el hospital del Seguro Social (IPSS): Víctor Lazarte Echeagaray.

El hospital Belén cuenta con 78 camas gineco-obstétricas, de las cuales 50 pertenecen al Servicio de Obstetricia, atendiendo en promedio 3,700 partos anuales. El HRDT tiene 42 camas, 30 de las cuales son obstétricas y atienden un promedio de 2,000 partos por año. El hospital IPSS cuenta con 30 camas, 20 de ellas obstétricas, y registra un promedio de 1,300 partos anuales.

Los datos fueron extraídos de las historias clínicas proporcionadas por el Departamento de Estadística de cada nosocomio.

Se registró la incidencia de estos decesos en cada uno de los hospitales así como su tasa de mortalidad materna.

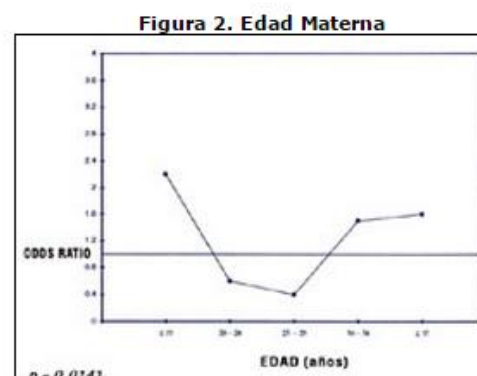
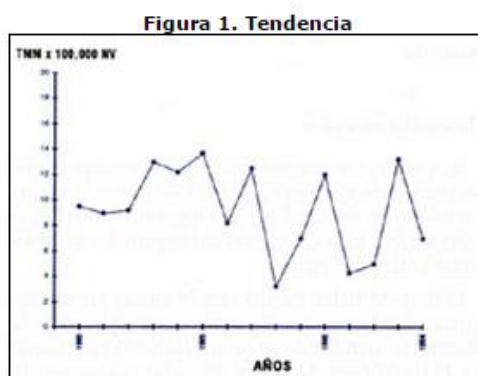
Para evaluar la tendencia global a través del tiempo se graficó una curva que expresaba la tasa anual de dichos fallecimientos.

Las muertes maternas fueron separadas en dos grupos, según sus causas directas e indirectas.

Por otro lado, se evaluó algunos aspectos biosociales, como edad, gravidez, edad gestacional, control prenatal; se consideró controladas a aquellas que acudieron cuatro veces o más a su control y no controladas a las demás.

Asimismo, se registró el momento grávido-puerperal en que ocurrió el deceso y el método del parto, cuando lo hubo.

	<b>NV</b>	<b>NM</b>	<b>TMM x 100,000</b>
H. Belén	49,272	51	103,50
H. Regional	31,919	34	106,51
H IPSS	16,495	9	54,56
<b>Total</b>	72,854	64	87,84



Los resultados obtenidos fueron anotados en tablas, gráficos, utilizando además porcentajes, el análisis de Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Se determinó para la edad y la gravidez el riesgo relativo (Odds Ratio, IC:95%).

## Resultados

En el lapso estudiado hubo 94 muertes maternas, 51 en el Hospital Belén, 34 hospital Regional y 9 en el de la Seguridad Social; sus tasas se las encuentra en la Tabla 1 y su tendencia en la Figura 1.



En general, el odds ratio aumentó a partir de los 35 años y del 4to embarazo (Figuras 2 y 3). Sin embargo, es necesario aclarar que en la enfermedad hipertensiva del embarazo (HIE), los decesos predominaron en jóvenes menores de 25 años (54%) y en primigestas (68%).

Figura 3. Gravidez

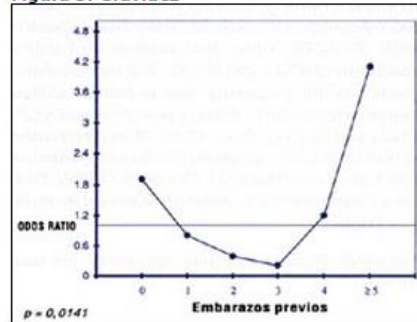
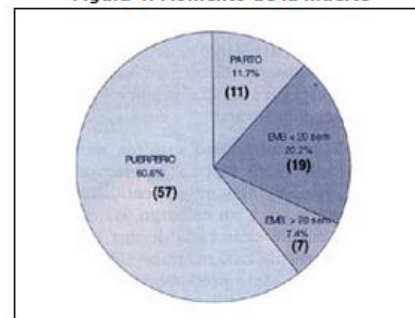


Figura 4. Momento de la muerte



La mayoría de los decesos (52,1%) se presentó en gestaciones a término y 83% de 45 pacientes no tuvo control prenatal ( $p < 0,01$ ); estos últimos tuvieron un odds ratio O:18 (LC 95%: 0,05-0,059).

Por causas directas fallecieron 78 mujeres (82,9%) y por indirectas 16 pacientes (17,1%).

Tabla 2. Causas de muerte materna		
	Nº	%
<i>Directas</i>		
- Infecciones	27	28,7
- Hipertensión inducida por el embarazo	25	26,5
- Hemorragias	22	23,4
- Embolia líquida amniótica	2	2,1
- Anestesia	1	1,1
- Cariocarcinoma	1	1,1
<i>Indirectas</i>		
- Hepatitis	3	3,2
- Pielonefritis	2	2,1
- Cardiopatía	2	2,1
- Bronconeumonía	1	1,1
- Tuberculosis	1	1,1
- Cáncer de mama	2	2,1
- Cáncer hepático	2	2,1
- Vólvulo sigmoides	1	1,1
- Leucemia	1	1,1
- Tumor cerebral	1	1,1
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,00</b>

Todos los abortos fueron provocados; los casos con pelviperitonitis obedecieron a 6 post-operadas de cesárea y 3 post-parto vaginal. Un caso de endometritis falleció luego de la cesárea y los otros 2 fueron partos eutócicos.

Siete (7,5%) pacientes murieron durante el embarazo, sin llegar a iniciar su parto, debido a desprendimiento prematuro de placenta (DPP), placenta previa, eclampsia, pielonefritis aguda, cáncer de mama, leucemia y un caso de astrocitoma cerebral.

**Tabla 3.** Muertes maternas según las causas básicas de infección.

	Fallecidas (n=27)	%
- Aborto séptico	14	51,9
- Pelvipерitonitis	9	33,2
- Endometritis	3	11,1
- Fásceitis necrotizante de episiotomía	1	3,7

**tabla 4.** número de pacientes según la causa finalde muerte en la hipertensión inducida por el embarazo

	Fallecidas (n=25)	%
Accidente cerebral vascular	16	64
Coagulación intravascular diseminada	6	24
Edema agudo de pulmón	2	8
Insuficiencia respiratoria aguda	1	4

Los decesos en la HIE se debieron a la eclampsia, con excepción de una mujer con pre-eclampsia severa que tuvo edema agudo de pulmón

**tabla 5.** causa básica de la hemorragia en relación a las fallecidas

	Fallecidas (n=22)	%
Placenta previa	6	27,2
DPP	5	22,7
Ruptura uterina	3	13,6
Atonía uterina	3	13,6
Aborto incompleto	2	9,1
Cesárea	1	4,6
Perforación uterina	1	4,6
Ruptura hepática	1	4,6

Durante el parto fallecieron 11 mujeres, 1 eclámptica por accidente cerebral vascular (ACV), en plena fase activa, y los otros 10 casos se debieron a hemorragias, y perdiendo la vida durante la cesárea (Figura 4).

Estuvieron hospitalizadas menos de 24 horas 34 mujeres (36,2%), 33 casos (35,1%) entre 1 y 3 días, 10 (10,6%) entre 4 y 6 días, y 17 (18,1%) durante una semana ó más.

## Discusión

En este estudio multiinstitucional, la tasa de mortalidad materna de 87,84 x 100,00 NV fue inferior a los hallazgos de Wong<sup>8</sup> 160 x 100000 NV en el Hospital Guzmán Barrón de Chimbote, Maradiegue<sup>9</sup> 210 x 100,000 NV en el Hospital Cayetano Heredia de Lima y Távara<sup>10</sup> 232 x 100,000 NV en el Hospital María Auxiliadora en Lima, pero es superior a lo que reporta Pacheco<sup>7</sup> 48 x 100,000 NV en el Hospital Rebagliati del IPSS de Lima y Sachs<sup>11</sup> 1,2 x 100,000 NV en Massachusetts (EEUU).

Así pues, en realidad muy poco se ha hecho en está última década, ya que no existe una franca tendencia a disminuir dichas tasas tan elevadas, porque cada 3 años se apreció un incremento notable de sus cifras. Esto revela la poca voluntad y seriedad con que se está trabajando, prefiriéndose erróneamente en algunos Departamentos de Gineco-Obstetricia abocarse a aspectos de salud electivos y no urgentes, mientras que en el Servicio de Obstetricia muchas mujeres ahora ya no viven para contar lo ocurrido. El progreso debe continuar;



pero hay que priorizar nuestras atenciones; sólo así mejoraremos la calidad de vida y disminuirémos esa alta tasa de mortalidad materna.

El haber encontrado el mayor riesgo de defunciones en las pacientes añosas concuerda con lo que reporta Grimes<sup>12</sup>, aunque para Maradiegue<sup>9</sup> lo estuvo entre los 20 y 34 años; se observó también un mayor número de decesos con respecto a la falta de control prenatal, similar al hallazgo de Távara<sup>10</sup>.

Las causas de mortalidad materna mostraron la triada clásica de shock séptico, hipertensión inducida por la gestación y hemorragia, entidades tradicionalmente publicadas<sup>12</sup>; sin embargo, las causas básicas de cada una de ellas varía de una institución a otra. En este artículo casi no hubo diferencia entre las tres, con un discreto predominio de las infecciones, similar a lo que publica Acosta<sup>4</sup> Maradiegue<sup>9</sup> y Távara<sup>10</sup>.

De las infecciones llama la atención la gran cantidad de abortos sépticos provocados (51,2%), hecho que revela, entre otras cosas, la pobre difusión de los diferentes métodos anticonceptivos; afortunadamente, organismos como Pathfinder International<sup>13</sup>, desde junio de 1994 en Trujillo está impulsando la utilización del DIU post-parto inmediato y del bloqueo tubario bilateral por minilap, cuyos resultados lo apreciaremos posteriormente y que muy posiblemente van a ayudar a disminuir los casos de mortalidad. Por otro lado, muchas mujeres que fallecieron por peritonitis y/o endometritis eran de condición socio-económica muy baja, por lo que la farmacoterapia era muy irregular, lo que también contribuyó a su muerte; pero también es cierto que a veces el diagnóstico y la terapia no fueron oportunos y que, de haberlo sido, casi con seguridad otro hubiera sido el desenlace.

Con respecto a la hipertensión inducida por la gestación, se insiste una vez más que el control prenatal es elemental, para así detectar la enfermedad en etapas tempranas, de manera de otorgarles el tratamiento oportuno y adecuado<sup>9</sup>; lamentablemente las eclámpicas nunca fueron controladas y fueron llevadas a los hospitales por sus familiares con una enfermedad muy avanzada y con complicaciones difíciles de superar. Con un tratamiento enérgico y una monitorización muy estricta tal vez se pudiera evitar decesos por las complicaciones halladas en esta serie.

La placenta previa, DPP, rotura uterina y atonía uterina son entidades que pueden llevar a la muerte en poco tiempo. Es por eso que siempre se debe contar con una sala de operaciones y material quirúrgico a la mano, para así cohibir la hemorragia, aparte de varias unidades de sangre disponible; mientras no se piense de esta manera, las mujeres van a continuar falleciendo.

En múltiples ocasiones y a cualquier hora se programa la paciente para operarla de urgencia y nos damos cuenta que la sala de operaciones se halla ocupada por el cirujano de turno. Tenemos que esperar a que acabe, mientras que la paciente continúa con la hemorragia. En otras oportunidades falta el material quirúrgico o sangre, ya que a veces una unidad de sangre no es suficiente. Todo esto conlleva a la muerte, aparte de la enfermedad misma, lo que puede ser evitable.

La mayoría de los decesos estuvieron relacionados con la cesárea más que con el parto vaginal ( $p < 0,05$ ) hechos comprensibles dada la gravedad de las eclampsias y las hemorragias<sup>7</sup>.

En la etapa puerperal hubo más cantidad de fallecidas, similar a lo que publican Pacheco<sup>7</sup> y Távara<sup>10</sup>.

También es explicable que casi todas las mujeres tuvieran una corta estancia hospitalaria debido a la severidad de su cuadro.

Para preservar la vida de estas pacientes con alto riesgo obstétrico, lo más juicioso sería que los comités de mortalidad materna a nivel local, regional y central trabajen y funcionen adecuadamente<sup>4,5,7,15</sup>, y lo más importante, que lo conformen los más entendidos en la materia. Se cometería un enorme error si no se considera éste último aspecto.

## Referencias Bibliográficas

1. Rosenfield A. Maternal mortality in developing countries, an ongoing but neglected "epidemic". *Jama* 1989; 262(3): 376
2. Pacheco J. Huamán M y Vargas A. Mortalidad materna en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, IPSS 1958-1991. *Ginec Obstet* 1994, Tomo Congr (nºesp): 95-98
3. Pacheco J. Mortalidad materna en el Perú. Causas y aspectos preventivos en la salud materna y perinatal, Ed. Red. Peruana Perinatal 1990; pp5-15.
4. Acosta M y col. Mortalidad materna - reto a la salud pública. *Ginec Obstet* 1992; 38(12): 9-17



5. Alcántara RJ, Alcántara RA. Mortalidad materna en el Hospital de apoyo Belén de Trujillo - Perú 1981- 1990. Diagnóstico 1991; 27(5-6): 107-110.
6. Ludmir A. Mortalidad materna en el Perú. Ginec Obstet 1991; Tomo Congr(nº esp): 11-15
7. Pacheco y col. Mortalidad materna en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, IPSS; Experiencia de 25 años. Ginec Obstet 1989; 35(8): 13-21.
8. Wong L. Mortalidad materna hospitalaria. Ginec Obstet 1991, Tomo Congr (nº esp): 24-29.
9. Maradiegue E, Castro R. Mortalidad materna en el HNCH (1985-1992). Ginec Obstet 1994; Tomo Cong (nº esp): 105-110.
10. Távara L, Chumbe O. Evolución de la mortalidad materna en el cono sur de Lima. Ginec Obstet 1994; Tomo Congr (Nº esp):
11. Sachs P et al. Maternal mortality in Massachusetts. Trends and prevention business. Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 1489-94.
12. Grimes D. the morbidity and mortality of pregnancy: Still risky business. Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 1489-94.
13. Pathfinder International, Oficina Regional para Latinoamérica Sur. DIU post - parto en hospitales del Ministerio de Salud. Lima- Perú, Octubre 1993.
14. Sibai B et al. Maternal morbity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated enzymes, and low platelets (HELLP syndrome). Am J Obstet Gynecol 1993; 169: 1000-6.
15. Red Peruana de Perinotología. Mortalidad materna y perinatal. Ginec Obstet 1989; 35(7): 45-53.