

MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL MATERNIDAD DE LIMA

Pedro Mascaro S. y Carlos Bachmann S. *

R E S U M E N

Se evaluó 205 casos de muerte materna ocurridas en el Hospital Maternidad de Lima en el último quinquenio 1980-1984, lapso en el que hubo 154,131 partos, lo que da una tasa de mortalidad materna de 9.3 por 10,000 nacidos vivos.

La muerte ocurrió en el 12% en adolescentes y en el 29% en mujeres mayores de 35 años, en nulíparas 20% y grandes múltiparas 34%.

La principal causa directa de muerte la constituyeron, la infección (34%), principalmente por aborto séptico y endometritis, la toxemia (22%) y la hemorragia (16%), causas indirectas la T.B.C., cardiopatías, embolia pulmonar, mola y coriocarcinoma, totalizando 22%.

S U M M A R Y

Two-hundred and five cases of maternal death ocured at Lima Maternity Hospital between 1980 and 1984 in 154,131 deliveries. Maternal mortality rate was 9.3 per 10,000 living newborns.

Death ocured in adolescence (12%), and over 35 year-old women (29%), in primigravides (20%) and great multiparae (34%).

Main direct cause of maternal death was sepsis (34%) mainly septic abortion and endometritis, toxemia (22%) and hemorrhage (16%). Indirect causes of maternal death were pulmonary tuberculosis, cardiopatias, pulmonary embolism, hydatidiform mole and choriocarcinoma, totalling 22%.

INTRODUCCION

El comité sobre mortalidad materna de la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) define la mortalidad materna en los siguientes términos:

“El fallecimiento de la mujer ocasionada por cualquier causa durante el embarazo o dentro de los 42 días después de terminado el embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo” (1).

La mortalidad constituye un reto a la profesión médica y de manera especial al gineco-obstetra, desde que más del 50% de las muertes maternas son consecuencias del parto y sus complicaciones, principalmente por hemorragia, toxemia e infecciones.

Son factores asociados de mortalidad materna las edades extremas, que presentan riesgos 2 a 6 veces mayores; la paridad alta especialmente después del quinto embarazo; el intervalo corto entre partos (1-2).

Otros factores involucrados son las circunstancias económicas, culturales, predisposiciones genéticas, salud, condiciones nutricionales, condiciones ambientales y atención médica.

Si bien es cierto la mortalidad materna ha disminuido grandemente a través de los años, gracias a la disponibilidad de sangre, antibióticos y corticoides, sin embargo, ésta sigue siendo alta en los países en vía de desarrollo, en donde el aborto y sus complicaciones constituye más del 30% de las muertes maternas en varios hospitales.

* Departamento Gineco-Obstetricia N° 3 HML

Como se ve, son muchos los factores directos o indirectos que actúan en la mortalidad; es por eso que, a pesar de los múltiples estudios realizados, incidimos en precisar una vez más las causas de muerte materna en nuestro hospital.

MATERIAL Y METODOS

Hemos realizado el estudio retrospectivo de 205 casos de muerte materna ocurridos en el Hospital Maternidad de Lima durante los últimos cinco años (1980-1984).

Se ha revisado las historias clínicas de las muertes maternas, así como el estudio de los protocolos de autopsia proporcionados por los servicios de Estadística y de Información Médica y de Anatomía Patológica del Hospital, respectivamente.

La edad de las pacientes ha sido de 15 a 48 años, con una paridad de 1 a 11 hijos y con una edad gestacional de 12 a 42 semanas. (Tablas Nos. 1, 2 y 3).

TABLA N° 1

EDAD Y MORTALIDAD MATERNA DE 205 CASOS HML

Años	N° de Casos	%
15-19	25	12.2
20-34	120	58.5
35-50	60	29.3
TOTAL	205	100.0

TABLA N° 2

PARIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN 205 CASOS HML

N° de Hijos	N° de Casos	%
1	40	19.5
2 a 5	96	46.9
6 a 11	61	29.7
No consignados	8	3.9
TOTAL	205	100.0

TABLA N° 3

EDAD GESTACIONAL Y MORTALIDAD MATERNA EN 205 CASOS HML

Semanas	N° de Casos	%
12 a 28	59	28.7
29 a 42	101	49.3
Puérperas	23	11.2
Abortos	19	9.3
No consignado	3	1.5
TOTAL	205	100.0

TABLA N° 4

DIAGNOSTICO DE INGRESO DE LOS 205 CASOS DE MUERTE MATERNA

Causas	N° de Casos	%
Abortos	36	17.5
Toxemia	35	17.0
Trabajo de parto	29	14.2
Hemorragia I trimestre	21	10.2
Hemorragia III "	16	7.8
Endometritis puerperal	12	5.8
Gestante febril	11	5.3
R. P. M.	7	3.5
Parto domiciliario	7	3.5
T. B. C.	7	3.5
No consignado	6	2.9
Amenaza parto prematuro	4	1.9
Apendicitis aguda	3	1.5
Shock séptico	3	1.5
Infección urinaria	3	1.5
Cesárea anterior	3	1.5
Neumonía	2	0.9
TOTAL	205	100.0

Se especifican los diagnósticos de internamiento en la Tabla N° 4 y las causas directas e indirectas de estas muertes en la Tabla N° 5.

Las pacientes permanecieron hospitalizadas desde horas hasta 30 días como máximo. Tabla N° 6.

Los tratamientos efectuados son señalados en la Tabla N° 7.

TABLA N° 5

CAUSAS DE MUERTE MATERNA DE 205 CASOS

A. CAUSAS OBSTETRICAS

1. DIRECTAS

I. Infecciosas	N° Casos	%
Aborto séptico	42	20.5
Endometritis puerperal	25	12.2
Corioamnionitis	3	1.5
TOTAL	70	34.2

II. <i>Toxemia Grav.</i>	45	22.0
--------------------------	----	------

III. *Hemorragia*

D.P.P.	8	4.0
Placenta previa	7	3.4
Ruptura uterina	7	3.4
Shock hipovolémico post aborto	5	2.4
Retención placenta	3	1.5
Ectópico	2	0.9
TOTAL	32	15.6

IV. *Enfermedad Trofoblástica*

Aborto molar	2	1.0
Coriocarcinoma	1	0.5
TOTAL	3	1.5

V. <i>Anestesia</i>	4	1.9
---------------------	---	-----

VI. *Embolia Líquido*

<i>Amniótico</i>	4	1.9
------------------	---	-----

2. INDIRECTAS

	N° Casos	%
Cardiopatía	4	1.9
Embolia pulmonar	3	1.5
TBC pulmonar	7	3.4
Pielonefritis	1	0.5
Insf. Hepática	1	0.5
Hepatitis vir.	1	0.5
Tifoidea per.	1	0.5
TOTAL	18	8.8

B. CAUSAS NO OBSTETRICAS

Neumopatía ag.	2	1.0
Neumonía lob.	2	1.0
Cáncer vías biliares	1	0.5
Pancreatitis hemorrágica	1	0.5
Sepsis post operatorio	1	0.5
Peritonitis	1	0.5
TOTAL	8	4.0

PROCESO INFECCIOSO NO DETERMINADO

	4	1.9
--	---	-----

CAUSA NO DETERMINADA	17	8.2
----------------------	----	-----

RESULTADOS

La tasa de muertes maternas en nuestro hospital es de 9.3 por 10,000 nacidos vivos entre 1980 y 1984 (205 muertes maternas).

Si bien es cierto que el mayor porcentaje de muerte materna se produce en la época de mayor reproducción, 58.5%, debemos señalar un porcentaje alto de muerte en jóvenes adolescentes y en mujeres mayores de 35 años.

En lo que respecta a la paridad es notorio obser-

var que la multiparidad y la gran multiparidad son causa importante de la mortalidad observada en nuestro medio.

Llama la atención el porcentaje alto de muertes maternas ocurridas en el puerperio y en mujeres con abortos. El 50% de las gestantes a término, ingresan en trabajo de parto y fallecen por sus complicaciones.

Nuestra preocupación es el porcentaje elevado de los abortos que ingresan en malas condiciones, las cua-

TABLA N° 6

MORTALIDAD MATERNA Y DIAS DE HOSPITALIZACION DE 205 CASOS

Tiempo	N° Casos	%
— 24 horas	28	13.6
De 1 a 3 días	132	64.4
„ 4 a 10 „	35	17.1
„ 11 a 30 „	8	3.9
No consignado	2	1.0
TOTAL	205	100.0

les fallecen muchas veces a las pocas horas de su ingreso.

Como se puede apreciar las principales causas de ingreso de los 205 casos de muerte materna la han constituido el aborto y la toxemia. Llama la atención el porcentaje elevado de mujeres gestantes que ingresaron aparentemente bien en trabajo de parto y que luego fallecen.

La causa más frecuente de muerte materna la han constituido los procesos infecciosos, la toxemia y los cuadros de hemorragia, respectivamente. Dentro de los procesos infecciosos, el aborto séptico ha constituido la principal causa de muerte materna.

Podemos apreciar que el 14% de las mujeres mueren antes de las 24 horas de su internamiento, esto es sin contar con las enviadas a la Morgue Central para la autopsia de ley.

El 59.5% de las pacientes, fueron sometidas a intervención quirúrgica siendo frecuentes la cesárea 22.9%, histerectomía 15.6% y el legrado uterino 13.2%.

COMENTARIO

La mortalidad materna en nuestro medio ha sido señalada del 4 al 32 por 10,000 nacidos vivos. (3-4-5-6-7-8-9).

En nuestro hospital a pesar de haber disminuído, nuestra mortalidad se mantiene todavía alta en relación con otros estudios. Por ejemplo: En la Seguridad Social se señala una tasa de 4 por diez mil, cifra muy aceptable en nuestro medio debido a la buena infraestructura y recursos económicos con que cuentan, además de la mejor condición económica y social de sus pacientes (4).

TABLA N° 7

MORTALIDAD MATERNA Y TRATAMIENTO QUIRURGICO EMPLEADO EN 205 CASOS

Operación	N° Casos	%
Legrado uterino	27	13.2
Cesárea	47	22.9
Cesárea Histerectomía	4	1.9
Histerectomía	32	15.6
Laparotomía	12	5.9
TOTAL	122	59.5

En medios extranjeros se señala una tasa de 0 a 2 por diez mil nacidos vivos.

Generalmente se expone la causa principal por la cual la mujer falleció, sin considerar una serie de hechos que pueden ser los factores condicionantes.

Entre las causas obstétricas directas se señala la infección, la toxemia y la hemorragia, (2-3-4-5-6) y entre las causas indirectas las cardiopatías, enfermedades infecciosas agudas y crónicas. Entre las causas no obstétricas se señalan una serie de procesos tales como infecciones agudas tipo peritonitis, apendicitis, bronco pulmonares, cáncer de vías biliares, etc. (10).

En nuestra serie hemos encontrado que el aborto séptico ha sido la principal causa de muerte materna. Se dice que la mortalidad por aborto ilegal puede llegar a cifras tan elevadas como 1,000 muertes por cada 100,000 procedimientos ilegales (2). En Nueva York la mitad de la muertes maternas fueron por causa del aborto, sepsis, hemorragia grave, insuficiencia renal aguda, shock bacteriano y muerte (10). Esta mortalidad materna ha disminuído en muchos países debido a la legalización del aborto (1-13-14).

Las pacientes que llegan a nuestro hospital por aborto lo hacen en tales condiciones de gravedad que los tratamientos impuestos ya no brindan los resultados esperados, ni aún con tratamiento quirúrgico, falleciendo por shock séptico e insuficiencia renal aguda.

La endometritis puerperal es la otra causa de muerte por infección; generalmente se trata de partos sépticos, o sea, aquellos atendidos fuera del hospital.

En segundo lugar, señalamos a la toxemia como causa de muerte en nuestro estudio, ello debido a la juventud de nuestras pacientes, a la falta de un control prenatal adecuado, a la deficiente alimentación que tienen y que llegan al hospital a dar a luz, muchas

veces con cuadros severos de toxemia, convulsionando o en estado de coma eclámpico. Resultados similares han sido descritos en nuestro medio, donde incluso se afirma que el 50% de las toxémicas mueren (11-12).

En tercer lugar, tenemos la hemorragia del primer y tercer trimestre, donde los abortos, los embarazos ectópicos, la mola hidatidiforme, la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta y la ruptura uterina han sido las principales causas de muerte materna. En otros ambientes ha sido la primerísima causa de muerte (5-13).

En los Estados Unidos, la tasa de mortalidad asociado al embarazo y al parto asciende al 10 ó 12% por cada año que la madre sobrepase el rango de la edad óptima. En este sentido, hemos encontrado porcentajes altos de madres adolescentes y mujeres mayores de 35 años que han fallecido a consecuencia del parto. Otro factor muy importante lo constituye la paridad. En los países en desarrollo, donde las mujeres tienen

más de cinco partos, la alta paridad contribuye a elevadas tasas de mortalidad. Dicha posibilidad aumenta gradualmente en cada embarazo subsecuente hasta el quinto, después del cual hay un aumento más marcado (1), tal como lo hemos podido apreciar en nuestra serie.

Respecto al intervalo entre los partos, mientras más corto sea éste, mayor será el riesgo de mortalidad materna. En efecto, los intervalos cortos entre nacimientos están asociados a una incidencia creciente a anemia aguda, con complicaciones resultantes del embarazo y parto, asociados con nacimientos prematuros y elevada mortalidad perinatal.

Nuestra población se caracteriza por tener una iniciación precoz de la actividad sexual, con una maternidad prematura, gran actividad sexual, breve espacio internatal, lo que hace que se conviertan en grandes multíparas siendo jóvenes aún y constituyan la población de alto riesgo obstétrico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Programas de Planificación Familiar. Efectos de la paridad en la Salud Materna. INFORMES MEDICOS. Serie J. N° 9 1976.
- 2.—Interrupción del Embarazo. Complicaciones del aborto en los Países en Desarrollo. POPULATION REPORT. Serie F. N° 7 Mayo de 1981.
- 3.—Villa J. F. Mortalidad Materna en el Hospital Maternidad de Lima. 1960-1969. Ginecología y Obstetricia. 18: 75-82, 1972.
- 4.—Yi Fon Néstor. Mortalidad Materna en el H.M.I. San Bartolomé 1962-1974. Tesis de Bachiller. UNMSM. Lima, 1974.
- 5.—Purisaca Benites M.; Rodríguez Frías E. y Mendoza Agurto R. Mortalidad Materna en el Hospital Regional "Cayetano Heredia" de Piura. Ginecología y Obstetricia Vol. XVII N° 1: 19 1982.
- 6.—Pacheco J.; Geisinger E.; Valdivia P. E.: Mortalidad Materna. Ginecología y Obstetricia. Vol 28. N° 1-2: 15 1983.
- 7.—Figuroa A. M.; Meléndez R., Chumbe O.; Gonzáles R. y Gonzáles del Riego M. Mortalidad Materna. V Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. ABSTRACTOS Pág. 25, 1974.
- 8.—Figuroa M.; Meléndez R; Chumbe C.; Gonzáles del Riego M. Mortalidad Materna. V Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima-Perú, 1978.
- 9.—Moreno D.; Barreda A.; Ludmir A. Mortalidad Materna en el H.M.I. San Bartolomé. VII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Chiclayo 1981.
- 10.—Hellman L. and Jack Pritchard A. Obstetricia de Williams. Mortalidad Materna. Sección 1: 4 Ed. Salvat.
- 11.—Ministerio de Salud. El embarazo de Alto Riesgo en el Perú 1980.
- 12.—Purisaca Benites M. La Eclampsia en el Hospital Regional "Cayetano Heredia" de Piura. 1974-1983. Acta Médica Peruana. Vol. XI. N° 3: 38. Set. 1984.
- 13.—Hollerbach Paula E.; Díaz Briquets S. y Kenneth H. Hill. Las determinantes de la fecundidad en Cuba. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. Pág. 13. Número especial de 1984.
- 14.—Legislación y Política de Población. Aborto, Leyes y Práctica. Un informe actualizado. Informes Médicos. Serie E, N° 3. Abril de 1977.