

Mortalidad materna y perinatal en el distrito de Yauli, Huancavelica. 1997.

ROXANA TEJADA, MIGUEL ESTELA, EDITH ROSAS, MANUELA TOLENTINO, JUAN VILLON

Resumen

OBJETIVO: Determinar los principales factores asociados a la elevada tasa de mortalidad materna y Perinatal del Distrito de Yauli. **MATERIAL Y METODOS:** Entre enero y diciembre de 1997, se realizó una búsqueda activa del registro de defunciones a nivel no sólo de establecimientos de Salud, sino también de los registros de las 32 comunidades del Distrito de Yauli. Se realizó encuestas al 100% de madres y/o padres, a domicilio de la madre y/o del padre. **RESULTADOS:** Se encontró un subregistro de 285%. La tasa de mortalidad materna fue 1008 por cien mil nv y la perinatal 75 por mil nv. Todas las muertes maternas fueron de causa obstétrica directa, de las cuales el 71% fue por hemorragia debido a retención placentaria. Al 100% de muertes maternas se les atribuyó causa mágica, el 42% eran del grupo etáreo de 25 a 29 años, el 71% analfabetas y el 100% quechua hablantes, el 57 % tenía un periodo intergenésico menor de 2 años, todas fueron atendidas por su esposo y sólo avisaron al personal de salud para que constate la muerte. En cuanto a las muertes perinatales: 30,7% fueron natimuecos, 28,8% pretérminos. De los natimuecos, el 43,7% fue podálico. Todos fueron atendidos en sus domicilios y el 96% por un familiar. Los esposos no dejan que ningún otro hombre vea o toque a su mujer; además, para las mujeres es costumbre el parto domiciliario y no ven la necesidad del control prenatal. **CONCLUSIONES:** Las tasas de mortalidad materna y perinatal del distrito de Yauli es entre 3 y 4 veces mayor a la nacional, la atención por el personal de salud a la madre y a los neonatos es baja y la búsqueda hacia ellos es mínima. El esposo es preferentemente quien decide y atiende a la mujer, lo que debe llevar a plantear nuevas estrategias para disminuir la elevada mortalidad presente en el distrito.

Palabras claves: Mortalidad materna, mortalidad perinatal.

Ginecol Obstet (Perú) 1999; 45(2): 131-6.

Summary

OBJECTIVE: To assess the main factors associated to an increased rate of maternal and perinatal mortality at Yauli District. **MATERIAL AND METHODS:** From January to December 1997, an active search from death registry in 32 communities from Yauli District. Inquiries were taken to 100% of mothers and/or fathers in their homes. **RESULTS:** An under-registration of 285% was found. The maternal mortality rate was of 1008 per 100,000 livebirths and the perinatal mortality rate 755 per 1000 livebirths. All maternal deaths were of direct obstetric cause, 71% by hemorrhage due to placental retention; 100% of maternal deaths were attributed to magic cause, 42% were 25 to 29 years old, 71% were illiterate and 100% quechua speakers, 57% had an intergenetic space less than 2 years. All of them were attended by their husbands and solely informed to health care personnel for death confirmation. With regard to the perinatal deaths: 30,7% were stillbirths, 28,8% preterm. From the stillbirths, 43,7% were in breech presentation. All were attended at their homes and 96% by a relative. Husbands do not leave any other man to see or touch their women; in addition, for wives home delivery is familiar and they do not see the need for prenatal control. **CONCLUSIONS:** The maternal and perinatal mortality rates of Yauli District are between 3 and 4 times higher than the national rate, the assistance to mothers and newborns by health professionals is low, and the search to them is minimal. The husband is the only person who decides and attends his woman. It is

Tejada Roxana

Jr. Joaquin Torrico 264. Zona B. san Juan de Miraflores. Lima 29.
Teléfono : 4664953. Celular : 8702368.

necessary to establish new strategies to lower the increased mortality rate seen at the District.

Key words: Maternal mortality, perinatal mortality.

Ginecol Obstet (Peru) 1999; 45(2): 131-6.

Introducción

La mortalidad materna y perinatal es uno de los problemas más relevantes de Salud de Latinoamérica. Uno de los departamentos con mayor tasa de mortalidad materna y perinatal para 1997 en el Perú fue Huancavelica, con tasas de 687 por 100 mil nacidos vivos (nv) y de 69 por mil nv respectivamente, que casi triplica la nacional (mortalidad materna: 247 por 100 mil nv para la zona urbana y 266 por 100 mil nv para la zona rural y mortalidad perinatal de 19 por mil nv para la zona urbana y 36 por mil nv para la zona rural). Siendo el distrito de Yauli uno de los considerados como de extrema pobreza, con elevados indicadores de mortalidad, se busca determinar factores asociados, que si bien se sabe son multidisciplinarios, se observará los relacionados a la madre, según la edad de la madre, el orden de nacimiento del niño, la amplitud del tiempo transcurrido entre un nacimiento y otro, si el niño fue pequeño, el grado de instrucción de la madre y residencia de ésta.

Aplicando técnicas indirectas, la última ENDES estima que en el período 1990-1996, se produjeron en el país 32 muertes maternas por 100 mil mujeres en edad reproductiva. Esta tasa expresada en función de los nacimientos vivos se traduce en 265 muertes maternas por 100 mil nv. Esto quiere decir que cada año alrededor de 1800 mujeres fallecen como consecuencia de complicaciones del embarazo, del parto o puerperio. La tasa de mortalidad materna en el país es elevada y aunque ha disminuido en la última década es todavía una de las mayores de América Latina, donde se aprecia tasas tan bajas como 55 por 100 mil nv en Costa Rica y Panamá, y tasas tan altas como 1000 por 100 mil nv en Haití. La edad promedio de las mujeres fallecidas por causa materna durante los años 1990/91 en Lima metropolitana fue 29 años. De acuerdo al registro de defunciones, la primera causa de muerte durante el embarazo, parto y puerperio entre 1986-92 fue la hemorragia (40%), la segunda reúne a todas las complicaciones del puerperio (con una importancia relativa que ha aumentado del 12,4% en 1986 al 16,7% en 1992) y la tercera es el aborto (10%).

La reducción de la mortalidad en la niñez e infantil ha sido impresionante. Disminuyó a la tercera parte entre 1950 y 1996 al bajar la frecuencia de muerte infantil de

159 por mil nv a 43 por mil nv. La reducción de la mortalidad durante el primer año de vida ha sido mayor en el período post natal (después del primer mes de vida), para el cual ha disminuido en 34%, al pasar de 29 defunciones por cada mil nv en el quinquenio 1986 -1991 a 19 en el quinquenio 1991 - 1996. La mortalidad neonatal, por otra parte, disminuyó en 17% al pasar de 29 a 24. Si se mira la mortalidad neonatal como proporción de la mortalidad infantil, se observa que a nivel nacional esa proporción subió de 51 a 56% entre 1986 -1991 y 1991 - 1996.^{1,2}

La mortalidad infantil de los niños es mayor que de las niñas (56 vs 44 por mil). Los diferenciales de mortalidad se incrementan según la edad de la madre (alto riesgo en madres jóvenes, los menores riesgos para aquellos cuyas madres tienen entre 20 y 39 años y luego aumento importante de los riesgos con la edad), al orden del nacimiento del niño (cuando el nacimiento es de 4º a 6º orden el riesgo de muerte es de un 53% mayor que el riesgo de un primogénito [58 vs 38 por mil], y el riesgo se convierte en más del doble cuando el nacimiento es del 7º o mayor orden) y a la amplitud del tiempo transcurrido entre un nacimiento y otro (los resultados confirman que el riesgo de muerte es mayor cuando el periodo intergenésico es menor de 2 años (88 por mil) que es casi tres veces mayor que el observado cuando el intervalo intergenésico es de por lo menos 4 años.¹

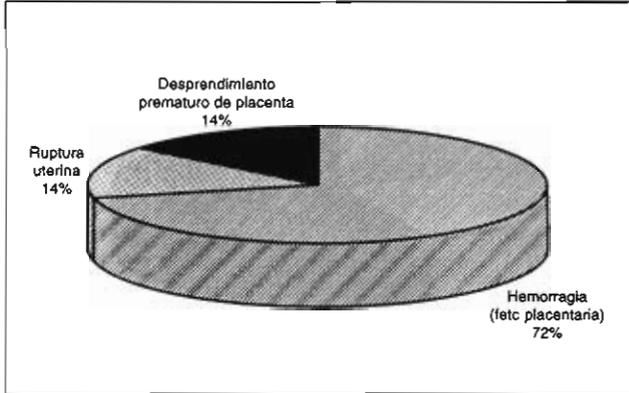
Los niños de madres sin educación presentan un riesgo de mortalidad infantil (79 por mil) tres veces mayor al de los niños de madres con educación superior (26 por mil). En comparación con los niños de Lima metropolitana cuyo nivel de mortalidad infantil es de 23 por mil, los niños de Huancavelica tienen riesgo casi 5 veces mayores de morir durante el primer año (109 por mil), los niños de Cuzco, Apurímac, Ayacucho y Pasco tienen un riesgo de morir tres veces mayores que los de Lima.

Metodología

Método: Descriptivo- retrospectivo.

Universo y muestra: El universo fueron todas las muertes perinatales y maternas ocurridas en el Distrito de Yauli, provincia y departamento de Huancavelica en el año 1997. Se logró que la muestra sea todo el universo. Para esto previamente se capacitó a un personal ya sea profesional, técnico o promotor por comunidad⁴ del distrito de Yauli, para obtener datos más reales sobre las muertes ocurridas en cada comunidad y no tener sólo los registros del Concejo Municipal, ya que se sabe que hay un

Gráfico 1. Mortalidad materna según causas.



registrador por cada comunidad y que estos datos no llegan al Concejo.

Variables: Se usó como variable de control la mortalidad materna y la mortalidad perinatal, usando en esta última la definición de mortalidad perinatal ampliada, que incluye los neonatos hasta las primeras cuatro semanas.

Instrumento: Encuesta a domicilio, de preferencia a la madre; si ella había fallecido, se entrevistara a la pareja o algún familiar cercano a la madre.

Resultados

Mortalidad materna

Se encontró 7 muertas maternas, lo que dio una tasa de mortalidad materna de 1008,6 por 100 mil nacidos vivos, ya que fueron 694 nacimientos registrados.

Al revisar las encuestas a los esposos, la historia clínica y/o el protocolo de necropsia se encontró que a una madre la habían enterrado a ocultas y sin certificado de defunción.

Todas las muertes fueron de causa obstétrica directa, encontrándose 5 por hemorragia debido a retención placentaria (71%), 1 por incompatibilidad céfalo - pélvica que terminó en ruptura uterina en una adolescente primigesta (14,5) y 1 por desprendimiento prematuro de placenta.

Ante la pregunta a los esposos, por qué creen que fallecieron las madres, respondieron: 5 por chacho (enfermedad causada por la tierra) y 2 de puquio (enfermedad causada por el agua).

El grupo etéreo fue 1 entre 15 y 19 años, 3 de 25 a 29 años, 1 de 30 a 34 años, 1 de 35 a 39 años y 1 de 45 a 49 años.

El grado de instrucción fue : 5 analfabetas y 2 primaria incompleta. Las 7 madres sólo hablaban quechua.

En cuanto al número de gestaciones, 1 fue primigesta, 3 tenían entre 4 y 5 hijos, 1 siete hijos, 1 nueve hijos y 1 trece hijos. Tres habían tenido aborto previo. El período intergenésico fue: 4 madres de 1 año a 1 año 11 meses, 2 madres de 2 a 2 años 11 meses y 1 madre de 3 años. Ninguna de las madres había usado algún método anticonceptivo.

Tres madres (42,8%) no tenían control prenatal (CPN), 1 un CPN, 2 tenían dos CPN, y 1 cuatro CPN .

Todas las madres fueron atendidas en sus domicilios, 5 por el esposo, 1 por la madre y 1 por el partero. Tres fetos fallecieron junto con la madre. Seis familias avisaron a un personal de salud aproximadamente a las dos horas después de producida la hemorragia (en una paciente fue 12 horas después), llegando el personal de salud solamente a constatar la muerte.

Ante la pregunta a los familiares de por qué no acudieron al establecimiento de Salud apenas se iniciaron los dolores, los 7 contestaron porque es más seguro y tranquilo que el niño nazca en su casa; además es costumbre que sea en la casa, y no quieren que "nadie vea a su esposa ni que le metan la mano". También refirieron que "es normal que algunas mujeres fallezcan teniendo sus hijos".

Todas las madres eran casadas, no contaban con luz ni agua y sus casas eran de adobe.

Gráfico 2. Mortalidad materna según número de gestaciones.

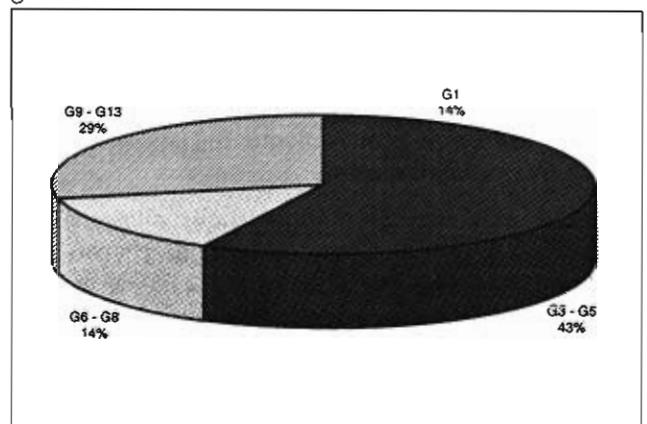


Gráfico 3. Mortalidad perinatal según edad.

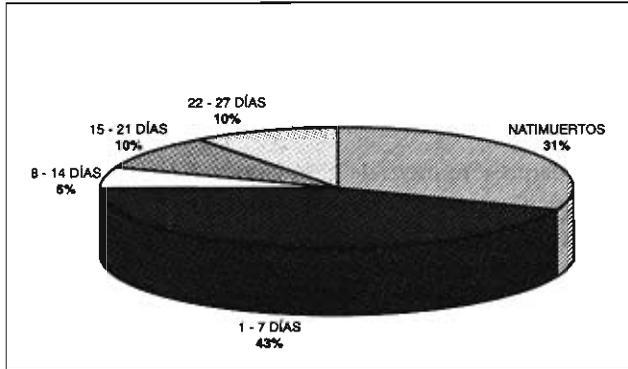
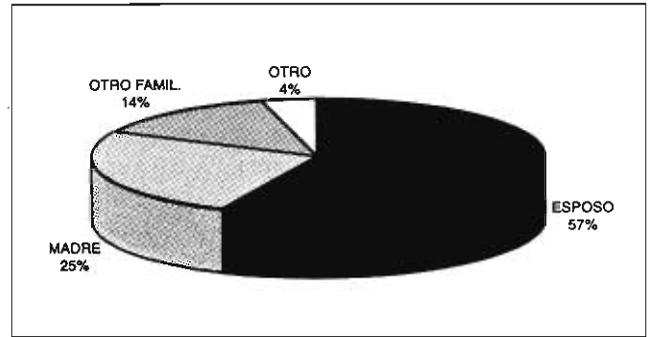


Gráfico 4. Mortalidad perinatal según persona que atendió el parto.



Mortalidad perinatal

Se encontró que del total de muertes ocurridas en el Distrito de Yauli (154, de las cuales en el Concejo sólo figuraban 54), había 89 muertes en menores de 1 año (57,8%) y de éstas 52 eran perinatales, lo que hacía una tasa de mortalidad perinatal de 74,9 por mil nacidos vivos, ya que los nacimientos registrados fueron 694 para todo el distrito.

Se realizó las encuestas a las madres de los infantes muertos y, en los casos en que la madre también había fallecido, se entrevistó al padre, quien proporcionó los datos.

De las 52 muertes registradas se encontró que 16 (30,7%) fueron natimuertos, todos mayores de 1000 g; 23 (44,2%) fallecieron en la primera semana de vida, 3 (5,7%) en la segunda semana, 5 (10%) en la tercera y 5 (10%) en la cuarta semana. Las madres refieren que 15 (28,8%) neonatos fueron pretérmino. 12 de los niños que nacieron vivos no lloraron al nacer y fallecieron en la primera semana. De los 16 natimuertos, 7 (43,7%) fueron podálicos.

Sólo 13 (25%) de los 52 niños fueron vistos por un personal de salud, a 10 se les indicó hospitalización, pero sólo hospitalizaron a 2 niños.

De los 37 niños que nacieron vivos, 21 (56,7%) estuvieron mal desde el nacimiento, los cuales fallecieron en la primera semana.

Ante la pregunta "de qué creen que murieron los niños", la respuesta fue: 21 (40,3%) de chacho [enfermedad causada por la tierra], 12 (23%) de puquio [enfermedad causada por el agua], 1 por camaca [enfermedad causada por el aire], 1 por que Dios así lo quiso, 7 (13,5%) por asfixia, 5 (10%) por los bronquios, el resto por otras causas.

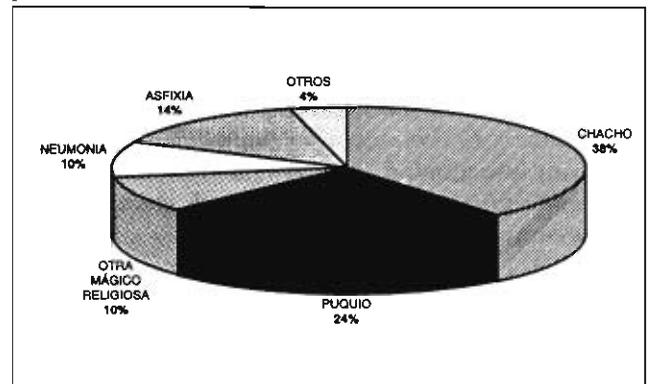
El grupo etéreo materno más frecuente fue el de 20 a 24 años con 15 casos (29%), seguido del de 15 a 19 años con 11 casos (21%), el de 30 a 34 años :8 (15%), los de 25 a 29 y 35 a 39 años 7 casos cada uno, 45 a 49 años 2 casos y el de 40 a 44 años con 1 caso.

37 madres (71%) estaban casadas, 8 (15%) eran convivientes, 5 (10%) solteras y 1 viuda.

19 madres (36,5%) eran analfabetas, 26 (50%) habían cursado entre 1º y 3º de primaria, sólo 3 (5,7%) habían terminado primaria y 1 (2%) llegó a 2º de secundaria. 46 (90%) sólo hablaban quechua, 4(8%) quechua y castellano y 1 sólo castellano.

29 (56%) eran católicas, 18 (35%) evangélicas y 4 (8%) pentecosteses. 46 madres (90%) no contaban con luz, 44 (86%) no tenían agua, y para el 100 % sus viviendas eran de adobe.

Gráfico 5. Mortalidad perinatal según creencia de los padres de la causa de la muerte.



10 fueron primigestas, 23 (44%) tenían entre 2 y 5 gestaciones 10 (19%) entre 6 y 8, 5 (10%) entre 9 y 11 y 2 entre 12 y 13 gestaciones. 10 mujeres referían haber tenido el antecedente de aborto y 10 también el antecedente de prematuros.

Para 25 madres (48%) era su primer hijo muerto, para 13 (25%) el segundo, para 5 el tercero, para 3 el cuarto, para 2 el quinto, para 2 el sexto y para 1 madre resultó el octavo hijo que se le moría:

El período intergenésico (PIG) fue como sigue: para 2 (4%) menos de 1 año, 12 (23,5%) de 1 a 1 año 11 meses, 15 (29,4%) de 2 a 2 años 11 meses, 10 (19,6%) de 3 a 3 años 11 meses y 2 (4%) de 4 a 4 años 11 meses.

4 madres presentaban el antecedente de haber usado alguna vez un método anticonceptivo y 47 (92%) nunca habían usado algún método.

14 (27%) madres no habían recibido control prenatal (CPN), 11 sólo un CPN, 10 dos CPN, 7 tres CPN, 5 cuatro CPN [de las cuales 4 tenían riesgo obstétrico alto], 3 cinco CPN [ROA] y sólo 1 llegó a seis CPN.

El 100% de niños nació en su casa. A 29 (57%) madres les atendió el esposo, a 13 (25,5%) su madre, a 7 (14%) otro familiar, 1 se atendió sola, y a 1 madre le atendió el Promotor de Salud.

Discusión

La mortalidad materna y perinatal en el Distrito de Yauli es mucho más alta que, incluso, la que presenta el departamento de Huancavelica, siendo la mortalidad materna 4 veces mayor que la nacional y la perinatal 3,9 veces mayor que la nacional.

Casi el 50% de muertes maternas no tuvo CPN, y sólo una llegó a controlarse; pero aún controlada, su parto fue en domicilio, pese a tener riesgo obstétrico alto, ya que el producto era podálico.

Todas las madres fueron atendidas en sus domicilios y por familiares, de preferencia el esposo, lo que muestra la elevada costumbre y la falta de concientización de los problemas que pueden presentarse en el trabajo de parto, así como la falta de aceptación al personal de salud.

Se pudo evitar 5 de las 7 muertes maternas con una extracción manual de la placenta y reposición de volumen, lo que hace necesario buscar nuevas estrategias para que el personal de salud capacitado sea avisado a tiempo.

Pese a que el esposo ha visto la muerte de su pareja, acarrea la causa a algo mágico, como el chacho o el

puquio, respondiendo incluso que es "normal que algunas mujeres mueran teniendo sus hijos".

Se comprueba que dentro de la mortalidad infantil, es muy alta la perinatal, especialmente la perinatal temprana, casi siempre relacionadas con una mala atención del parto.

El porcentaje de pretérminos presentados en el distrito de Yauli, no es insignificante, y no estuvo relacionado ni con la edad ni con la paridad de la madre. El porcentaje de madres que tuvo por lo menos un aborto fue alto: 22,4%. El 50% de madres presenta más de un hijo muerto, llegando incluso una de ellas a tener 8 hijos muertos.

Sólo 25% de las madres que vieron mal a sus hijos buscó la atención de un personal de salud; sin embargo, de estas madres sólo 3 aceptaron la indicación dada por el personal de salud, lo que indica la baja aceptación de la medicina moderna y va acorde con la creencia mágico religiosa de la enfermedad (67,3%), y por ende de que las medicinas les va a chocar o va a matar a sus hijos, lo que hace entendible por qué su poca búsqueda de atención por el personal de salud, y lo difícil de que acepten sus indicaciones.

El grupo etéreo materno donde se presentaron más muertes fue entre las edades de 20 a 24 años seguido de 15 a 19 años. Sin embargo, no tenemos el dato de cuántas mujeres en esas edades gestaron en 1997, por lo cual no podemos determinar claramente el grupo de riesgo.

El estado civil no estuvo relacionado con la mortalidad perinatal, ya que la mayoría de mujeres era casada, debido a que según las costumbres de la comunidad si una mujer sale embarazada la fuerzan a casarse.

Un elevado porcentaje de madres es analfabeta (36,5%) y las que han estudiado sólo llegan en su gran mayoría hasta tercer grado de primaria (50%); sin embargo, estas mujeres no hablan ni leen el castellano, mas si lo pueden entender por partes y sólo saben firmar su nombre. Estos dos porcentajes suman 86,5%. Esto demuestra el gran descuido que se tiene en el distrito para la educación de la mujer, lo que contribuye a las altas tasas de mortalidad materna y perinatal.

El idioma predominante en el distrito de Yauli para las mujeres es el quechua, con 91,4 % en el estudio, lo que dificulta mucho al personal profesional que trabaja en el distrito. En el año 1997 sólo eran 3 los profesionales que hablaban quechua.

La falta de servicios básicos en el distrito es muy elevada; lo indica el grado de extrema pobreza del distrito.

El período intergenésico menor de 2 años fue 31,5%, lo que, como se refiere en el marco teórico, está íntimamente ligado a la mortalidad.

Cabe resaltar que en todos los casos el parto fue en su domicilio, porque esto es una costumbre y algo normal para ellos, más que por temor o desconfianza. Si agregamos la atención del parto por un familiar, este porcentaje alcanza el 96,4%, siendo el que más atiende el esposo. En caso de que él no se encuentre, es la madre u otro familiar; esto también debido a la costumbre y al machismo existente en el distrito, en donde el esposo no permite que otra persona, sobre todo si es varón, vea a su mujer. Sólo el 3,5% fue atendido por un partero. Esto cuestionaría la estrategia de capacitar parteros para la atención del parto y exigiría buscar otra solución.

En cuanto al control prenatal, se ve que en un buen porcentaje, 70,1%, ha tenido por lo menos un con-

trol prenatal, pero sólo 3,5% fue controlada (4 ó 6 CPN según su riesgo obstétrico); esto indicaría que no hay un seguimiento adecuado de las gestantes.

Todos estos hallazgos llevan a plantear nuevas estrategias para el distrito de Yauli, de manera de poder disminuir la elevada mortalidad materna y perinatal encontradas.

Referencias bibliográficas

1. Estado de la población peruana 1997. Salud reproductiva. Dirección técnica de demografía y estudios sociales. Lima, 11 de julio de 1997.
2. Encuesta demográfica y salud familiar, Endes 1996. INEI
3. Salud reproductiva 1997. Lima - Perú 1997, Ministerio de Salud.
4. Protocolos asistenciales en ginecología y obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Internet. Http: //www.sego.es/protoa1/proto01.htm.