

MORTALIDAD MATERNA 1991-1999 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

Javier Vásquez

RESUMEN

OBJETIVO: Estudiar la tendencia de la mortalidad materna ocurrida en el Hospital Regional de Loreto 1991 a 1999. **DISEÑO:** Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo de las muertes maternas registradas en los archivos del hospital. **SUJETOS:** 55 mujeres que fallecieron durante la gestación, el parto o el puerperio. **LUGAR:** Departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Loreto. **RESULTADOS:** La muerte obstétrica directa representó el 83,7% (46 casos), en la que 27,3% (15 casos) fue por hemorragia, 25,5% (14 casos) por infecciones, 21,8% (12 casos) por hipertensión inducida por el embarazo y 9,1% (5 casos) por otras causas directas. La obstétrica indirecta fue 16,3% (9 casos). La tasa de mortalidad materna fue 313/100 000 nv. **CONCLUSIÓN:** Se hace énfasis en el estudio de la mortalidad materna, en la mayoría de los casos prevenible. Además se explica los problemas institucionales y de la región que repercuten en la tasa de mortalidad materna en los niveles registrados.

Palabras claves: Mortalidad materna, hipertensión inducida por el embarazo, infecciones, hemorragia.

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46 (3): 1

SUMMARY

OBJECTIVE: To examine the tendency of maternal mortality at Loreto Regional Hospital. **DESIGN:** Epidemiologic descriptive retrospective study of maternal deaths registered at our hospital. **SUBJECTS:** 55 women that died during pregnancy, delivery or postpartum. **LOCATION:** Department of Obstetrics and Gynecology of Loreto Regional Hospital. **RESULTS:** Direct obstetrical deaths

represented 73,7% (46 cases), including 27,3% (15 cases) of hemorrhage, 25,5% (14 cases) of infections, 21,8% (12 cases) of pregnancy induced hypertension and 9,1% (5 cases) of other obstetrical causes. Indirect maternal death causes were 16,3% (9 cases). Maternal mortality rate was 313/100000 I.n.b. **CONCLUSIONS:** Emphasis is placed on the importance of the study of maternal deaths, most of them preventable. We also mention institutional and regional problems that repercute in maternal mortality rates.

Key words: Maternal mortality, pregnancy induced hypertension, infections, hemorrhage.

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46 (3): 1

INTRODUCCIÓN

A pesar de los múltiples avances en el campo de la medicina, la mortalidad sigue siendo una de las principales causas de muerte en la mujer del país y es uno de los marcadores que nos hacen ver que todavía estamos en vía de desarrollo.

En el Perú, el número de muertes maternas bordean las 1800 anuales, con un promedio de cinco diarias, la mayoría de ellas por causas totalmente identificables y prevenibles.

Las cifras de mortalidad materna parecen no haber cambiado sustancialmente en la última década, informando el Ministerio de Salud una tasa de 265 por 100 000 nacidos vivos en el año 1996 en una encuesta realizada por ENDES¹.

En la región Loreto, para el mismo año, se indicaba tasas similares a las nacionales, pero se estimaba que el subregistro bordeaba el 40%. Una

Correspondencia: Javier Vásquez
Ricardo Palma 148. Iquitos. Telf: 094-221114/ 094-610248.



de las razones era la geografía inherente a la selva, en la que los pueblos se encuentran comunicados por los ríos, en la que la distancia que los separa de las ciudades con centros de salud u hospitales es de horas y muchas veces de días de navegación, haciéndose la notificación de estas muertes difícil o imposible, al no encontrarse personal de salud o autoridades en la mayoría de los caseríos de la selva. Otra razón es que casi 50% de los partos, son domiciliarios, con atención de comadronas, que muchas veces no comunican el hecho de Registro Civil.

Iquitos, ciudad selvática que bordea los 350 000 habitantes, cuenta con dos hospitales del Ministerio de Salud y uno de EsSalud. El Hospital Regional de Loreto es un hospital de tercer nivel y recibe muchas pacientes referidas de la ciudad y de provincias aledañas. El Servicio de Ginecoobstetricia cuenta con 41 camas y desde hace cinco años trabaja con el sistema informático perinatal y en octubre de 1999 ha sido acreditado como Hospital seguro para la atención del parto.

Es nuestro interés conocer la realidad de las muertes maternas en nuestro Hospital y por ello se hace una revisión de las muertes maternas ocurridas desde su fundación, a mediados de 1990, hasta la fecha. Con esto se llena un vacío a nivel nacional, al comunicar la mortalidad en un hospital de la selva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo simple retrospectivo, en el que se analizó todos los casos de mortalidad en el Hospital Regional de Loreto desde el 1 de enero, de 1991, en que existen registros, hasta el 31 de diciembre de 1999. Para tal efecto, se revisó las historias clínicas de las pacientes fallecidas y, si éstas estaban incompletas o se habían extraviado, revisamos los registros de emergencia, sala de partos, centro quirúrgico, hospitalización, registros de UCI y la oficina de estadística del Hospital. El hospital empezó a prestar atenciones a partir de agosto de 1990, pero las estadísticas y libros de ese año no existen o están incompletos, por lo que fue imposible conseguir estos datos.

Para la clasificación de las causas de muerte materna se utilizó las definiciones aprobadas por la FIGO y la OMS.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se observa que hubo 55 muertes maternas entre los años 1991 y 1999. Durante estos nueve años se ha tenido un promedio de seis muertes por año, notándose que en los últimos cuatro años la tasa se mantiene prácticamente estable. Hubo un total de 17 580 nacidos vivos con una tasa de 313/100 000 nv.

En la Tabla 2 se observa que las causas de muerte materna directa fueron 46 (83,7%) y las indirectas 8 (17,3%), no existiendo causas no relacionadas.

Encontramos que la causa más frecuente de mortalidad materna es la hemorragia y, dentro de éstas, el desprendimiento prematuro de la placenta (DPP) ocupa el 40% de total. La hemorragia puerperal es otra causa importante con 33,3%. Un solo caso de rotura uterina, hemorragia poscesárea, embarazo molar (en una paciente que llegó en mal estado general y anémica) y por aborto incompleto se presentaron; no hubo muerte por placenta previa.

Como segunda causa de muerte aparecen las infecciones y dentro de ellas la corioamnionitis ocupa el primer lugar, presentándose dos casos durante el puerperio. Ocurrieron dos muertes (16,6%) por hipertensión crónica con preeclampsia sobre añadida y también dos casos de síndrome HELLP.

Otras causas de muerte materna directa fueron dos por embolia de líquido amniótico, dos por hiperemesis gravídica y otra por complicaciones anestésicas. Es pertinente remarcar que ninguna paciente fue sometida a autopsia y que todos los diagnósticos fueron clínicos.

Tabla 1. Mortalidad materna en el H.R.L. 1991-1999

Año	Nacidos vivos	Muertes maternas	Tasa MM
• 1991	1995	3	150
• 1992	2128	2	94
• 1993	1969	10	508
• 1994	2025	10	494
• 1995	1920	5	260
• 1996	1895	7	369
• 1997	1910	5	262
• 1998	1791	5	279
• 1999	1947	8	411
Total	17580	55	313



Tabla 2. Causa de mortalidad materna

Causas	N	%
Directas	46	83,7
• Hemorragia	13	23,6
– Desprendimiento prematuro de placenta	6	10,9
– Hemorragia puerperal	5	9,2
– Rotura uterina	1	1,8
– Hemorragia poscesárea	1	1,8
• Infecciones	9	16,4
– Corioamnionitis	8	14,6
– Endometritis puerperal	1	1,8
• Hipertensión inducida por embarazo	12	21,8
– Eclampsia	8	14,5
– Hipertensión crónica más HIE	2	3,6
– Síndrome HELLP	2	3,6
• Aborto	7	12,7
– Aborto séptico	5	9,1
– Aborto incompleto	1	1,8
– Embarazo molar	1	1,8
• Otros	5	9,1
– Embolia de líquido amniótico	2	3,6
– Hiperemesis gravídica	2	3,6
– Complicaciones anestésicas	1	1,9
Indirectas	9	16,3
• Bronconeumonía	2	3,7
• Tuberculosis	1	1,8
• Dengue	1	1,8
• Malaria cerebral	1	1,8
• Cáncer de cuello uterino	1	1,8
• Anemia severa	1	1,8
• Hepatitis aguda	1	1,8
• Rotura de divertículo	1	1,8

Dentro de las causas de muerte materna indirecta la primera fue la bronconeumonía, seguida de tuberculosis generalizada, dengue (cuando se desarrolló una epidemia en la selva entre los años 1991 hasta 1993), malaria cerebral por falciparum, cáncer metastásico de cuello uterino, anemia severa, hepatitis infecciosa y rotura de divertículo del colon. En nuestra revisión no encontramos un solo caso de muerte materna no relacionada al embarazo.

Se observó que 18,2% de las muertes se dio en gestantes adolescentes y 20,1% en mujeres mayores de 35 años. El 59,9% de muertes ocurrió entre los 20 y 35 años.

La Tabla 3 muestra que la mayoría de las muertes aconteció en el puerperio, con 56,4%, en el

Tabla 3. Momento de la muerte

Momento de la muerte	N	%
• Embarazo	11	20
• Parto	5	9,1
• Puerperio	31	56,4
• Aborto	8	14,5
• Total	55	100

embarazo ocurrió 20% y durante el parto 9,1%. El aborto, con sus complicaciones fue el causante de casi 14,5% de las muertes.

El 47,4% de las mujeres falleció dentro de las 24 horas de su ingreso al hospital, 60,1% dentro de las 48 horas y 63,7% dentro de las 72. Un 43,5% falleció luego de estar entre 5 y 20 días hospitalizadas.

Veinticinco de los 55 casos fueron sometidos a algún tipo de intervención quirúrgica, siendo la cesárea, con el 64%, la operación más efectuada; luego siguen el legrado uterino con 24%, una cesárea más histerectomía, la histerectomía y la resección intestinal con un solo caso. El 54,5% de los pacientes tuvo manejo médico, pero entre ellas hay cinco casos que fallecieron antes de entrar a sala de operaciones.

La hemorragia, infecciones y la HIE se agrupan principalmente entre los 20 y 35 años. En las adolescentes y las gestantes añosas no hay una causa que prevalezca sobre otra.

Tabla 4. Mortalidad materna en el Perú

Institución o Región	Años	Tasa	Ref
• Hospital Maternidad Lima	1978-1985	93	11
	1991-1995	62,9	1
• Hospital Regional Ica		116	4
• Hospital Regional Arequipa		223	4
• Hospital Regional Cusco		386,6	4
• Hospital María Auxiliadora	1998-1997	250,2	1
• Hospital Cayetano Heredia	1985-1992	210,2	1
• Hospital Apoyo Huacho	1987-1993	139	1
• Hospitales de Trujillo	1980-1994	87,8	5
• Región Chavín Huaylas	1985-1995	262,3	1
• Hospital El Carmen Huancayo	1985-1995	342,6	1
• Hospital Nacional Loayza	1987-1995	103,1	1
• Hospital San Bartolomé	1991-1996	36,2	1
• HNERM EsSalud	1958-1998	40,8	8
• Hospital Regional de Loreto	1991-1999	313	



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La investigación realizada en el Hospital Regional de Loreto muestra que durante los cuatro primeros años, la tasa de mortalidad materna fue en aumento, con tendencia a bajar en los últimos cinco años.

La causa materna directa es, como en la gran mayoría de los trabajos revisados^{1,4,5,7,8}, la principal causa de muerte. Dentro de ellas, la hemorragia ocupa el primer lugar, como encuentra Távara en un estudio realizado en 31 hospitales del país⁷. En otros hospitales^{1,2}, llama la atención que la hipertensión inducida por el embarazo ocupe el primer lugar y la hemorragia el tercer lugar, después de las infecciones. La explicación podría ser que en la selva las vías de acceso al hospital de las poblaciones rurales son por los ríos y el tipo de paciente de emergencia que atiende el Hospital Regional proviene, en gran parte, de esa zona, siendo la mayoría mal nutridos y anémicos. Si consideramos etiologías en forma particular, observamos que la mayoría de muertes fue por corioamnionitis y eclampsia, siendo oportuno remarcar que estas pacientes, en el caso de eclampsia, ninguna tuvo un control prenatal satisfactorio y algunas carecieron de ello; y en el caso de corioamnionitis, muchas pacientes fueron transferidas de ciudades lejanas, luego de uno a tres días de presentarse el problema, y llegaron el mal estado al hospital.

El DPP, casi siempre asociado a la hipertensión inducida por el embarazo, fue la primera causa de muerte materna dentro de las hemorragias. Se debe señalar que casi todas estas pacientes llegaron en mal estado al hospital y uno de los principales factores fue la administración a destiempo de sangre, por deficiencias en el banco de sangre, que afortunadamente han sido corregidas en el último año, Cervantes⁹ ya encontraba esto en 1988. La hemorragia puerperal le siguió en importancia, siendo esta patología la primera en otras comunicaciones^{3,7,9}.

El síndrome HELLP, como causa importante de muerte materna, es observado en otros estudios² y debe ser un objetivo básico su diagnóstico temprano y tratamiento adecuado y oportuno.

El aborto séptico tuvo bajo porcentaje, tal vez, entre otras razones, por la administración de

misoprostol y no emplear otro tipo de maniobras invasivas que llevaban con más facilidad a la infección. También, por el mejor manejo de las complicaciones del aborto por los profesionales de salud y el uso de AMEU en los casos indicados^{1,3}.

Dentro de las causas indirectas, las respiratorias (bronconeumonía y tuberculosis) fueron las abanderadas. Se observó, a pesar de ser la selva una zona de epidemia para malaria, un solo caso de muerte materna por malaria cerebral. Esto se debería a la aplicación apropiada del tratamiento del programa en forma gratuita y que el diagnóstico se hace oportunamente, porque las pacientes al primer síntoma de fiebre acuden inmediatamente al hospital.

En Utah, EU de A. Jacob encuentra que 46,8 de las muertes maternas se debían a hemorragia, infección y preeclampsia-eclampsia, en ese orden¹⁰. Esto nos lleva a razonar que, a un mejor control prenatal, del parto y puerperio, las causas de muerte materna directa deberían decrecer.

Nos llama la atención que 18,2% de las muertes se presente en gestantes adolescentes. El 63,6% de muertes maternas se dio en mujeres menores de 30 años. En ambos casos, estos hallazgos son mayores a lo hallado en otros trabajos^{1,4} y podrían ser por falta de control prenatal y porque el porcentaje de gestantes adolescentes en la selva es el mayor a nivel nacional.

Lo que coincide con la mayoría de los trabajos es la presencia de la muerte materna durante el puerperio^{1,4,6,7}. Un porcentaje importante de muertes (14,5%) se presentó como consecuencia de prácticas abortivas. En este rubro se pensaba encontrar más casos⁷, pero es menester recordar que el uso de misoprostol como fármaco abortivo ha dejado en segundo plano a métodos invasivos y folclóricos como causa del aborto, que llevaban con más facilidad a infecciones pélvicas y muerte.

El 50,8% de todos los casos consiste en muertes maternas intrahospitalarias (pacientes hospitalizadas por más de 48 horas) y eso nos habla que las razones que llevan a una muerte materna son generalmente de aparición emergente; debemos



estar preparados conveniente y permanentemente para resolver estos casos.

La intervención quirúrgica más frecuente practicada fue la cesárea, al igual que en otros hospitales del país⁶, lo que nos lleva a pensar que este tipo de intervenciones se debe realizar en el menor tiempo posible una vez tomada la decisión. En el hospital Regional de Loreto, por el número de médicos que laboran en él, se trabaja bajo el sistema de retenes, lo que alarga el intervalo entre la decisión de la cesárea y el momento de realizarla.

Las mujeres entre los 20 y 35 años mueren más por hemorragia e infecciones que, en la gran mayoría de los casos, son enteramente previsibles con un control prenatal adecuado, que es lo que faltó precisamente en las pacientes que fallecieron y lo que se encuentra como constante a nivel nacional⁷.

La tasa de mortalidad materna encontrada en el presente trabajo está cerca del promedio nacional y algo por debajo de la de los grandes hospitales de provincias (Tabla 4). A nivel de los hospitales de Lima, las cifras varían por las condiciones de los mismos; algunos son cerrados (caso EsSalud), otros sólo atienden a pacientes controladas en el establecimiento, otros tienen protocolos de atención, y en todos los hospitales ginecoobstetras cubren el servicio las veinticuatro horas del día. El hecho de que la tasa de mortalidad materna se encuentre alta en el Hospital Regional de Loreto se debe a varios factores: es un hospital de referencia, adolece como la mayoría de los hospitales de provincias de recursos humanos y tecnológicos.

Pero se está haciendo muchas cosas para revertir esta situación. El Comité de Mortalidad Materna analiza todos los casos y da sus sugerencias, se trabaja con el sistema informático perinatal, se capacita al personal, se mantiene un sistema de referencia y contrarreferencia fluido con los centros de salud de nuestra jurisdicción, se maneja adecuadamente el aborto incompleto no complicado de manera ambulatoria con AMEU y se está mejorando el control prenatal, con aumento de cobertura, privacidad, clasificación de ARO y psicoprofilaxis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pacheco J, Farro A, Elías G. Mortalidad materna 1958-1996. Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 38 años. *Ginecol Obstet (Perú)* 1997; 43(3): 209-15.
2. Román-Pilco C, Román-Loayza C. Mortalidad materna y perinatal en el síndrome Hellp en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Ginecol Obstet (Perú)* 1999; 45(3): 200-2.
3. Salazar M, Pacheco J, Scaglia L, y col. La edad materna avanzada como factor de riesgo de morbimortalidad materna y perinatal. *Ginecol Obstet (Perú)* 1999; 45(2): 124-30.
4. Mosquero V, Cerca J, Aranda J, y col. Mortalidad materna en el Callejón de Huaylas (1985-1995) Región Chavin. *Ginecol Obstet (Perú)* 1996; (42) (1):34-3.
5. Alcántara R. Mortalidad materna en tres hospitales de Trujillo. *Ginecol Obstet (Perú)* 1997; 43 (2): 147-51.
6. Torres J, Díaz J, Gutiérrez M. Mortalidad materna en el Instituto Materno Perinatal en el quinquenio 1991-1995. *Ginecol Obstet (Perú)* 1997; 43(2): 152-7.
7. Távara I, Saca D, Frisnacho O, y col. Estado actual de la mortalidad materna en los hospitales del Perú. *Ginecol Obstet (Perú)* 1999; 45: (1) 38-42.
8. Pacheco J, Farro A, Elías G. Mortalidad materna. Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. *EsSalud 1958-1998. Acta Médica Peruana* 1999; 2 T 1) 30-7.
9. Cervantes R, Denegri J, Watanabe T. Muerte materna y perinatal en los hospitales del Perú. Lima-Perú. Ministerio de Salud Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología OPS/MS 1988, 218p.
10. Jacob S, Bloebaum L, Shah G, y col. Maternal mortality in Utah. *Obstet Gynecol* 1998; 91(2):187-91.