

# MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REGABLIATI MARTINS, IPSS 1958-1991

José Pacheco, Moisés Huamán, Alberto Vargas Lechuga  
Departamento de Obstetricia

## RESUMEN

La revisión de la 176 muertes maternas ocurridas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M.) del Instituto Peruano de Seguridad Social (I.P.S.S.) entre los años 1958 y 1991 denota que el 71% fue por muerte obstétrica directa, -incluyendo 24% por infecciones, 22% por hipertensión inducida y 16% por hemorragia-, 16% fue indirecta y 13% no obstétrica. La tasa de mortalidad materna en los 33 años fue 39 por 100 000 n.v. Aunque la tasa es relativamente aceptable, las muertes fueron en su mayoría por causas prevenibles, requiriéndose para disminuirlas una política institucional clara y definida, atención por niveles bien implementada y manejo uniforme por protocolos y manuales institucionales.

## INTRODUCCION

La tasa de mortalidad materna es un índice importante del manejo de la paciente obstétrica en una institución. En el Perú, los últimos estimados oficiales indicaban que la tasa de mortalidad materna era 280 por 100 000 n.v.<sup>6,7</sup>, la que podría estar reduciéndose a 260 por 100 000 n.v. lo que indicaría que en forma lenta se está avanzando hacia la meta de Salud para Todos en el año 2 000<sup>1</sup> y reducción de la mortalidad materna a la mitad<sup>9</sup>.

La revisión de mortalidad materna en el H.N.E.R.M. publicada con motivo de las bodas de plata, denotaba una tasa de 48 por 100 000 n.v.<sup>3</sup>, la que posteriormente mostró reducción a 40 por 100 000 n.v. en la revisión por los 30 años<sup>5</sup>.

**TABLA 1. MORTALIDAD MATERNA HNERM 1958-1991  
POR EDAD Y GRAVIDEZ**

Edad	Casos	%	Gravidez	Casos	%
15-19	3	1,7	1	37	25,8
20-24	23	13,5	2-3	50	34,9
25-29	44	25,9	4-5	39	27,2
30-34	46	27,0	6-7	7	4,9
35-39	38	22,3	Más de 7	10	7,0
40-	16	9,4	No datos	7	
No datos	6		No historia	26	
Total	176			176	

La razón del presente estudio es actualizar el conocimiento del funcionamiento y resultados de la atención materna por nuestra Institución y los trabajadores de salud.

## MATERIAL Y METODOS

Se estudió los casos de muerte materna ocurridos en el Hospital entre noviembre de 1958 y octubre de 1991, de acuerdo al Registro de Fallecimientos del Hospital. Se evaluó pormenorizadamente la edad, gravidez, estado civil, control del prenatal, complicaciones de la gestación, motivo de ingreso al Hospital, modo de terminación del embarazo, semanas de gestación en que ocurrió el deceso, causas de muerte y el tiempo de hospitalización. La mayoría de casos careció de autopsia.

## RESULTADOS

En el lapso indicado hubo 176 casos de muerte materna en un total de 449011 partos atendidos, lo que representó una incidencia de 3,9 por 10 000 ó 39,2 por 100 000 nacidos vivos.

La tabla 1 nos indica que la mayoría de los casos tenía entre 25 y 39 años de edad, representando las adolescentes menos del 2 por ciento. La cuarta parte de la población atendida era primigesta, y sólo el 12 por ciento tenía más de 5 embarazos.

Las gestantes estaban en diferentes edades del embarazo, 2 de cada cinco a término, pero una de cada cuatro en la primera mitad de la gestación. (tabla 2).

**TABLA 2. MORTALIDAD MATERNA HNERM 1958-1991  
POR EDAD GESTACIONAL**

Semanas gestación	Casos	%
12 o menos	23	16,9
13-20	13	9,5.....26,4
21-27	8	5,9
28-37	34	25,0... 30,9
38-40	47	34,5
41-42	11	8,1... 42,6
No consignado	14	
No historia	26	
Total	176	

TABLA 3. MOTIVO DE INGRESO

Motivo de ingreso	Casos	%
Trabajo de parto	37	21,0
Hipertensión arterial	31	17,6
Aborto infectado	16	9,1
Endometritis puerperal	7	4,0
Fiebre	7	4,0
Ictericia	6	3,4
Desprendimiento		
Prematuro de placenta	5	2,8
Rotura prematura de membranas	4	2,3
Abdomen agudo	3	1,7
Hiperemesis gravídica	2	1,1
Varios	58	32,9

El motivo de ingreso fue variado, una de cada cinco llegó al Hospital en trabajo de parto, sin complicación aparente; cerca del 20 por ciento con hipertensión arterial alrededor del 10 por ciento con aborto infectado y un 32 por ciento con diversas complicaciones, tales como parto inmaduro, hemorragia de la segunda mitad del embarazo, tuberculosis pulmonar, ictericia, etc. (tabla 3).

Siete de cada 10 muertes maternas ocurrieron por causa obstétrica directa, representando las infecciones y la hipertensión inducida por el embarazo cerca del 50 por ciento de todas las muertes. Entre las infecciones, el aborto séptico sigue liderando el grupo, aunque distan poco las endometritis puerperales. Un 16 por ciento murió por hemorragia, en la mayoría por hemorragia puerperal o rotura uterina, la última en gran parte debida al uso del vacuum extractor. (tabla 4).

TABLA 4. MORTALIDAD MATERNA OBSTETRICA DIRECTA  
125 CASOS (71,0%)

Causa	n	%
Infecciones	43	(24,4)
Aborto séptico	17	
Endometritis puerperal	15	
Corioamnionitis	9	
Pelvipertonitis	2	
Hipertensión inducida por el embarazo (HIE)	39	(22,1)
Eclampsia	35	
Pre eclampsia severa	3	
Hipertensión crónica mas H.I.E.	1	
Hemorragia	28	(15,9)
Hemorragia puerperal	9	
Rotura uterina	8	
Hemorragia interna	5	
Desprendimiento prematuro placenta <sup>3</sup>		
Cesárea	2	
Shock	1	
Embolia líquido amniótico	6	(3,4)
Anestesia	6	(3,4)
Enfermedad del trofoblasto	2	(1,1)
Hiperemesis gravidarum	1	(0,5)

TABLA 5. MORTALIDAD MATERNA OBSTETRICA INDIRECTA  
28 CASOS (15,9%)

Embolia pulmonar	7
Cardiovascular	6
Necrosis hepática	5
Tuberculosis pulmonar	2
Pielonefritis	2
Hemorragia intracerebral	1
Quiste ovárico roto	1
Insuficiencia hepatorenal	1
Diabetes	1
Asma	1
Meningoencefalitis tuberculosa	1

Entre la muertes obstétricas indirectas (tabla 5), la mayoría de casos fue por embolia pulmonar, problemas cardiovasculares o necrosis hepática, siendo pocas las muertes por tuberculosis pulmonar, pielonefritis y diabetes. Entre las muertes no obstétricas, destacaron las neumopatías y el proceso infeccioso general.

En resumen, el 87% de madres falleció por causa obstétrica, del cual 71 por ciento de causa obstétrica directa, y 13 por ciento por causa no obstétrica. (tabla 7).

## DISCUSION Y COMENTARIOS

La actualización sobre las muertes maternas en el H.N.E.R.M., nos indica que la tasa ha descendido de 78 por 100 000 nacidos vivos en los primeros años<sup>2,3</sup> a 39 por 100000 nacidos vivos en el total de los 33 años de atención del H.N.E.R.M. a gestantes aseguradas o derecho-habientes. Como lo manifestáramos en revisión anterior<sup>2</sup>, a pesar que la tasa ha tenido una curva descendente, en los últimos cinco años las muertes fueron mayoritariamente prevenibles. En esta época se atendió a una mayor población de gestantes a invitación del gobierno anterior, sin presupuesto adecuado, mujeres que no tenían un buen estado general, no siguieron buen control pre natal y representaban un campo fértil para morbimortalidad materna.

La edad de la madre que murió en la Institución no varió mayormente de la población general de gestantes,

TABLA 6. MORTALIDAD MATERNA NO OBSTETRICA  
23 CASOS (13,0%)

Neumopatía aguda	6
Proceso infeccioso general	5
Shock anafiláctico	2
Leucemia	2
Neumoperitoneo por laparoscopia	1
Aneurisma disecante de aorta	1
Methotrexate	1
Microabsceso hepático	1
Hidropiocolécisto	1
Pancreatitis aguda	1
Absceso perirrenal	1
Adenocarcinoma hepático	1

TABLA 7. MORTALIDAD MATERNA: CAUSAS

Causa	Casos	%
Obstétrica	153	86,9
Directa	125	71,0
Indirecta	28	15,9
No obstétrica	23	13,0

pues es la empleada o cónyuge por encima de los 20 años la madre que llega al hospital. Por otro lado, las grandes múltiparas representan un grupo menor en la población general, pues hay conocimiento y oferta de métodos de planificación familiar. Sin embargo, en los casos de muerte materna, alrededor del 40 por ciento tenía 4 hijos o más, lo que expresa el riesgo de la multiparidad en la evolución negativa del embarazo, aspecto que debemos tener presente cuando realizamos el consejo familiar.

Sólo el 42 por ciento de las gestantes llegaron a término. El resto, cursaba diversas etapas del embarazo, incluyendo un 26 por ciento con 20 semanas o menos. Lo que permite deducir que todo embarazo tiene el riesgo de complicarse en el momento menos esperado, por lo que es recomendable la vigilancia permanente de la madre por un ginecoobstetra entrenado. Lo anterior lo expresamos porque existe la "política gerencial" de que personal de salud no médico " controle el embarazo normal", de manera de "disminuir los costos". La experiencia y el presente estudio nos inducen a expresar que la "primera consulta normal" no asegura que no existirá una eventual catástrofe materna o perinatal. El médico responsable del control pre natal deberá ser muy entrenado y mantenerse siempre alerta, para determinar en cada consulta las posibles variaciones de la normalidad. El ginecoobstetra debe continuar con la responsabilidad del cuidado de la madre y el niño hasta la culminación del parto y del puerperio, de manera de obtener los mejores resultados maternoperinatales.

Al revisar el motivo de ingreso, nos sentimos apesadumbrados al conocer que una de cada cinco gestantes llegaron en trabajo de parto aparentemente normal, y no salieron con vida. En el momento trascendental del trabajo del parto, el médico debe ser acucioso, auxiliándose de sus conocimientos clínicos y de los instrumentos que puedan complementar su diagnóstico. Es bueno conocer que el departamento de Obstetricia entendió esta necesidad y, después del período revisado en el presente estudio, reforzó la atención personal del parto por el ginecoobstetra en la Institución.

La hipertensión que complica el embarazo es un entidad que la continuamos encontrando en, alrededor del 4 por ciento de la población atendida en el hospital. Nos da la impresión que estuviera en aumento. El Sistema Informático Perinatal requiere ser implementado en su totalidad en el H.N.E.R.M. para darnos esta valiosa información. Sin embargo, por estudios anteriores<sup>4</sup>, puedo

razonar que en el hospital vemos un tipo de eclampsia que felizmente incide poco en nuestras gestantes, pero cuando aparece produce gran mortalidad maternoperinatal. En el país debemos iniciar un estudio colaborativo sobre la epidemiología de la entidad y, conjuntamente con los investigadores latinoamericanos empeñados en combatir esta enfermedad, materializemos protocolos de trabajo dirigidos a limitar la aparición de la complicación y sus consecuencias maternas y perinatales.

Cerca al diez por ciento de las mujeres llegó con un aborto infectado. Las campañas de planificación familiar no han alcanzado a todas las mujeres de la institución. Sin distinción de edades, se requiere una mejor educación sexual, mayor conciencia sobre paternidad responsable y ofrecer tecnologías y métodos que permitan a la mujer decidir sobre el mejor momento para tener o ampliar su familia<sup>6</sup>.

Pero, al estudiar las muertes por infecciones, –primera causa de muerte materna en el hospital–, observamos que el número de muertes por aborto tendría tendencia a disminuir, lo que podría suponer una mejor información y facilidad para obtener métodos de anticoncepción. Pero, también podría indicar que la mujer asegurada se somete a aborto inducido en mejores condiciones de asepsia y en manos entrenadas, por lo que no recurre al hospital por complicaciones. Lo que sí causa preocupación es el aumento del número de muertes por endometritis puerperal, corioamnionitis y pelviperitonitis, lo que nos debe obligar a esforzarnos por determinar el agente etiológico, el uso adecuado de antibióticos, conocer la efectividad de los antibióticos de nuestro arsenal terapéutico y superar la antibioticoprofilaxis informal.

Es de lamentar las muertes por hemorragia que siguen ocurriendo en el hospital. Una somera revisión de las causas de dichas muertes, nos indica que la mayor parte eran muertes prevenibles. Debió haberse realizado un mejor manejo del embarazo y del parto, y se debió tomar una decisión quirúrgica más temprana y adecuada. Sería recomendable una revisión permanente de la atención del parto y de las diversas técnicas quirúrgicas utilizadas en obstetricia, de manera de mejorar nuestra habilidad quirúrgica y sus resultados.

Si bien nuestra tasa de mortalidad materna parece adecuada para los resultados de atención materna en el país, al final, nos damos cuenta que el 71% de muertes obstétricas directas aún representa una tasa elevada para nuestra institución, la que puede ser mejorada si se logra materializar ciertas condiciones.

1. La institución y el hospital deben definir el rumbo que tomará el departamento de Obstetricia del H.N.E.R.M. en el esquema de atención por niveles.
2. Se debe dotar cada nivel del I.P.S.S con los requerimientos de infraestructura y de implementación mínimos para una atención óptima, con sistemas de comunicación y transporte de rápida y permanente respuesta ante la emergencia.

3. Todo el engranaje hospitalario, que incluye los hospitales niveles IV, III y II y los policlínicos y postas de salud del instituto, deben funcionar de manera coordinada, con protocolos y manuales establecidos para el tipo de gestantes que atendemos.
4. Se debe elaborar normas de organización y funciones y de procedimientos técnicos que sean prácticos y funcionales, de acuerdo a la realidad de la gestante asegurada y derecho-habiente, y que puedan ser leídas y cumplidas en todos los niveles.
5. El personal de ginecoobstetras, médicos, obstetras y resto de personal de salud materna y perinatal debe tener capacitación permanente, con disposiciones que le permitan utilizar parte de su tiempo asistencial para mejorar sus conocimientos.
6. El hospital debe impulsar la realización de seminarios, talleres, symposia y cursos que informen sobre los resultados de la atención materna en cada centro hospitalario, como marcha tanto la atención por niveles como el cumplimiento de normas, así como para buscar nuevas fórmulas que optimicen la atención.
7. El personal de salud debe ser incentivado en su labor asistencial, no sólo revisando y castigando sus faltas, sino también destacando sus logros y mejorando sus remuneraciones. Así, dicho personal tomará conciencia de su rol en la institución y brindará lo mejor de sí.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- OMS/ UNICEF: Informe final de la conferencia internacional de atención primaria de salud. Alma Ata, URSS, Ginebra, 1978.
- 2.- Pacheco J, Geisinger E y Valdivia E: Mortalidad materna. *Ginecol Obstet (Perú)* 1983 28:15.
- 3.- Pacheco J, Huamán M, Valdivia E y Palomino C: Mortalidad materna en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, I.P.S.S. Experiencia de 25 años. *Ginecol Obstet (Perú)* 1989 35(8): 13.
- 4.- Pacheco J, Valdivia E, Huamán E, Carrasco N y Yui L: Eclampsia: experiencia de 30 años en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, I.P.S.S. *Ginecol Obstet (Perú)* 1989 35(9): 10.
- 5.- Pacheco J y Huamán M: Mortalidad Materna 1984- 1989, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins IPSS-Lima. Tema Libre presentado al X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, set 1990.
- 6.- Pacheco J: Importancia del espaciamiento de los nacimientos. En Pacheco J, Távora L, Denegri J y Urquiza R "Salud Materna y Perinatal", Red Peruana de Perinatología, Lima, 1990.
- 7.- Pacheco J: Manual de Obstetricia. 4a. ed. Edit. San Miguel. Lima 1993.
- 8.- Royston E and Armstrong S: Preventing Maternal Deaths. World Health Organization, Geneva, 1989.
- 9.- United Nations: World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children and Plan of Action for Implementing the World Declaration in the 1990. World Survival for Children. New York, September, 1990.