

MORTALIDAD MATERNA HOSPITALARIA

*Dr. Luis H. Wong A.**

I. INTRODUCCION.—

La Mortalidad es uno de los indicadores negativos a través de los cuales se determina el Estado de Salud de un País o de una Región.

Al estudiar la Mortalidad Materna estaremos analizando indirectamente la salud de la madre, los Servicios de Salud, así como los Programas de Salud Materna que la benefician.

Es conveniente señalar que sobre Mortalidad Materna en nuestra Región no hay reportes o trabajos detallados y existen pocos estudios a nivel Nacional, razón por la cual, creemos que contribuiremos a estimular este tipo de trabajo, que va redundar en mejorar la calidad de atención a la madre.

Si bien la Muerte Materna es un hecho Biológico, ocurrido como consecuencia de acontecimientos Fisiopatológicos fatales como Hemorragia, Infecciones, Aborto, etc., es necesario determinar las causas y los factores condicionantes que predisponen o agravan este hecho.

El propósito del presente trabajo, es mostrar la experiencia sobre Muerte Materna, ocurridas en el Hospital de Apoyo "Eleazar Guzmán Barrón" de Chimbote, de setiembre de 1982 a diciembre de 1989.

II. MATERIAL Y METODO.—

Para el presente estudio, se han revisado en forma retrospectiva los informes estadísticos y las historias clínicas de las Muertes Maternas ocurridas en el Hospital de Apoyo "Eleazar Guzmán Barrón" de Chimbote, ocurridas desde setiembre de 1982 hasta diciembre de 1989, habiéndose encontrado 12 casos de Muertes Maternas en ese lapso. Para catalogar la Muerte Materna se ha utilizado la definición de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

(FIGO) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como la clasificación de Muertes Maternas Directas, Indirectas y No Relacionadas.

1. Muerte Materna :

Es la muerte de una mujer producida en cualquier momento del embarazo (independientemente de su duración y localización), parto o puerperio, hasta los 42 días cumplidos después del parto. La muerte puede ser : Directa, Indirecta y No Relacionada.

2. Muerte Materna Directa :

Es la muerte materna producida como resultado de una complicación obstétrica del estado de embarazo, parto o puerperio, por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos que resultaren de cualquiera de lo mencionado. (Ejem.: Hemorragia por ruptura uterina, shock séptico por aborto, convulsiones de eclampsia, insuficiencia renal por ligadura de uréteres durante una cesárea, etc.).

3. Muerte Materna Indirecta :

Es la Muerte Materna debida no directamente a una causa obstétrica, sino como resultado de una enfermedad pre-existente o de una enfermedad que se desarrolla durante el embarazo, parto o puerperio; pero que es agravada por la adaptación fisiológica del embarazo. (Ejm.: Insuficiencia cardíaca por estenosis mitral, apendicitis aguda perforada, hepatitis viral, etc.).

4. Muerte No Relacionada : (Muerte No Materna).

Es la muerte de una mujer en el proceso de embarazo, parto o puerperio como resul-

* Médico Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia.
Hospital de Apoyo "Eleazar Guzmán Barrón" - Chimbote.

tado de causas incidentales no relacionadas con el embarazo. (Ejm.: Muerte en accidente automovilístico, asesinato, etc.).

Se ha utilizado el método descriptivo teniendo en cuenta las variables más importantes, como Edad, Paridad, Procedencia, Estado Civil, etc.

III. RESULTADOS.—

El grupo etáreo más frecuentemente encontrado fue de 20 - 24 años de edad (50%), en la gran mayoría cursaba su Primera Gestación (Primigesta 42%), cuya unión conyugal era conviviente (75%), procedente de las zonas Urbano-Marginales en casi su totalidad (84%), teniendo como antecedente de importancia Maniobras Abortivas (25%). (Ver Cuadros Nos.: 1, 2, 3, 4 y 5).

CUADRO N° 1

MORTALIDAD MATERNA HOSPITALARIA
HOSPITAL DE APOYO "ELEAZAR GUZMAN
BARRON" — CHIMBOTE

1982 — 1989

Edad	N° de Casos	%
< 15 años	—	—
15 — 19	2	17
20 — 24	6	50
25 — 29	1	8
30 — 34	2	17
35 — 39	1	8
40 — 44	—	—
45 y +	—	—
TOTAL:	12	100

CUADRO N° 2

Gestaciones	N° de Casos	%
Primigesta	5	42
Segundigesta	3	25
Multigesta	3	25
Gran Multigesta	1	8

CUADRO N° 3

Estado Civil	N° de Casos	%
Conviviente	9	75
Soltera	2	17
Casada	1	8
TOTAL:	12	100

CUADRO N° 4

Procedencia	N° de Casos	%
Zona Urbana	1	8
Zona Urbano-Marginal	10	84
Zona Rural	1	8
TOTAL:	12	100

CUADRO N° 5

Interferencia/Embarazo	N° de Casos	%
Maniobras Abortivas	3	25
¿Caída Accidental?	2	17
No hubo Maniobras Abortiv.	5	41
No consta H. C.	2	17
TOTAL:	12	100

La sintomatología más frecuente referida al concurrir al Establecimiento fué: Dolor Abdominal (84%), Ginecorragia (67%) y otras manifestaciones como Alza-Termia, Vómitos y Náuseas (42%). Dentro de los hallazgos clínicos más importantes tenemos: Dolor Abdominal (signos peritoneales), Palidez de piel y mucosas (67%), Piel Hipotérmica (50%), Cuello Uterino Abierto (50%), Ginecorragia (42%), Patología Respiratoria como Estertores Bronquiales y Alveolares (42%), Secreción Cervico-Vaginal Mal Oliente (25%), Piel Hipertérmica (25%), respecto al estado de conciencia el 75% estaban lúcidas, pero un 25% ya se encontraban en sopor o estado comatoso.

La Edad Gestacional estaba comprendida entre las 5 y 16 semanas correspondiente al 60%. (Ver Cuadros Nros.: 6, 7, 8 y 9.

CUADRO N° 6

<i>Sintomatología</i>	<i>N° de Casos</i>	<i>%</i>
Dolor Abdominal	10	84
Ginecorragia	8	67
Alza-Termia	5	42
Vómitos	5	42
Náuseas	5	42
Cefálea	3	25
Disnea	2	17

CUADRO N° 7

<i>Exámen Clínico</i>	<i>N° de Casos</i>	<i>%</i>
Piel Pálida	8	67
Dolor Abdominal (signos peritoneales)	8	67
Piel Hipotérmica	6	50
Cuello Úterino Abierto	6	50
Ginecorragia	5	42
Estertores Bronquiales y Alveolares	5	42
Secreción Vaginal Mal - Oliente	3	25
Taquicardia	3	25
Piel Hipertérmica	3	25

CUADRO N° 8

<i>Estado de Conciencia</i>	<i>N° de Casos</i>	<i>%</i>
Lúcida	9	75
Sopor	1	8
Inconciente	2	17
TOTAL :	12	100

CUADRO N° 9

<i>Edad Gestacional</i>	<i>N° de Casos</i>	<i>%</i>
< 4 Semanas	—	—
5 — 8 "	1	10
9 — 12 "	3	30
13 — 16 "	2	20
26 — 30 "	1	10
31 — 35 "	1	10
36 — 40 "	2	20
TOTAL :	10	100

El tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad hasta el momento de la admisión en el Hospital fue de más de 5 días (50%).

Los signos vitales al momento de la admisión fueron: el 67% de los pacientes presentaron temperatura de < 37° C., y 33% presentaron Alza-Térmica de 38° - 39° C., hipertensión (67%), Pulso y Frecuencia Respiratoria Acelerada (67%).

El tratamiento que recibieron fue Médico Quirúrgico Radical para casi la totalidad de los pacientes 92%, el inicio con la antibioterapia masiva y la erradicación del foco infeccioso se hizo dentro de las primeras 24 horas de haber sido admitida al servicio hospitalario (60%). (Ver Cuadros Nros.: 10, 11, 12, 13 y 14).

CUADRO N° 10

<i>Tiempo de Enfermedad</i>	<i>N° de Casos</i>	<i>%</i>
< 24 Horas	2	17
24 — 48 Horas	1	8
24 — 48 "	1	8
49 — 96 "	1	8
+ 5 Días	6	50
No consta H. C.	2	17
TOTAL :	12	100

CUADRO N° 11

<i>Temperatura</i>	<i>N° de Casos</i>	<i>%</i>
< 37.4° C.	8	67
37.5° — 37.9° C.	—	—
38. — 39° C.	4	33
+ 39° C.	—	—
TOTAL :	12	100
<i>Presión Arterial</i>	<i>N° de Casos</i>	<i>%</i>
Valores Normales	4	33
< 100 / 70 Hg	8	67
TOTAL :	12	100

<i>Pulso/Minuto</i>	<i>Nº de Casos</i>	<i>%</i>
< 80	—	—
80 — 90	4	33
90 — 100	—	—
110 — 120	2	17
100 — 110	3	25
+ 120	3	25
TOTAL:	12	100

<i>Respiraciones/Minuto</i>	<i>Nº de Casos</i>	<i>%</i>
< 20	4	33
20 — 25	—	—
25 — 30	5	42
+ 30	3	25
TOTAL:	12	100

CUADRO Nº 12

<i>Tratamiento</i>	<i>Nº de Casos</i>	<i>%</i>
Histerectomía Abdominal		
+ SOB	5	42
Cesárea — Histerectomía	2	18
Cesárea Segmentaria	1	8
Apendicectomía + Drenoje	1	8
Laparatomía Exploradora	1	8
Legrado Uterino	1	8
Peni-Cloro-Genta	5	42
Transfusión Sanguínea	8	67
Oxígeno	5	42

CUADRO Nº 13

<i>Tiempo Transcurrido entre la erradicación del Foco Infeccioso</i>	<i>Nº de Casos</i>	<i>%</i>
< 24 Horas	7	58
24 — 48 Horas	1	8
+ 3 Días	2	17
No se hizo / No se pudo	2	17
TOTAL:	12	100

CUADRO Nº 14

<i>Tiempo transcurrido entre la Admisión y el inicio de Tto. Antibiot.</i>	<i>Nº de Casos</i>	<i>%</i>
— 2 Horas	7	58
2 „	1	8
4 „	2	18
11 „	1	8
+ 12 „	1	8
TOTAL:	12	100

La causa directa de la Muerte Materna fue Sepsis/Aborto (58%) y la hemorragia (17%), las Muertes Maternas ocurrieron dentro de las primeras 48 horas (80%) a la admisión, el 75% de las pacientes fueron derivadas de otros Centros Hospitalarios para su atención especializada. (Ver Cuadros Nros.: 15, 16 y 17).

CUADRO Nº 15

<i>Causas</i>	<i>Nº de Casos</i>	<i>%</i>
I. Directas	9	75
Sepsis/Aborto 7		
Hemorragia/DPP 2		
II. Indirectas	3	25
Cardiopatía Reumat.		
Meningoencefalitis		
Apendicitis complic.		
TOTAL:	12	100

CUADRO Nº 16

<i>Intervalo de tiempo entre la admisión y la Muerte Materna</i>	<i>Nº de Casos</i>	<i>%</i>
< 24 Horas	4	34
24 — 48 Horas	5	42
06 — 09 Días	1	8
10 — 14 Días	1	8
+ 15 Días	1	8
TOTAL:	12	100

CUADRO N° 17

<i>Derivada</i>	<i>N° de Casos</i>	<i>%</i>
Hospital La Caleta	3	25
Maternidad de María	3	25
Hospital San Jacinto	1	8
I.P.S.S.	1	8
No Derivadas	4	34
TOTAL:	12	100

IV. DISCUSION.—

Los resultados de este estudio son coincidentes en muchos aspectos, con otros realizados a nivel Nacional e Internacional.

Así tenemos que la mayoría se encontraba entre los 20 - 24 años de edad, cuya unión conyugal en cierto modo es inestable, procedente de las zonas Urbano Marginal¹²³, en donde las condiciones socio-económicas son muy deprimidas, existiendo hacinamiento, promiscuidad, déficit de agua y desagüe, desempleo, desnutrición, analfabetismo y los servicios de salud son deficientes, y sí tenemos en cuenta que 7 de los casos estudiados murieron por Sepsis a consecuencia de Aborto, es posible determinar que no deseaban que esa gestación culminará, ya que un buen porcentaje, tenían como antecedentes Maniobras Abortivas y caídas accidentales ¿?, pero que en realidad no deseaban continuar con un Embarazo No Deseado y terminaron en un Aborto Provocado¹²³⁸⁹¹⁰¹¹. No creemos que la legalización del aborto sea la solución a estos problemas, pensamos como muchos otros, que una buena educación en los Colegios con cursos educativos orientados a la Educación Sexual, Paternidad Responsable, así como los Programas de Planificación Familiar oportunos y accesibles a la población, ayudarían a disminuir significativamente estos casos³⁷¹².

Las pacientes llegaron a la Unidad de Emergencia gravemente enfermas, la gran mayoría derivada de otros Centros Hospitalarios, muchas de ellas en etapa del shock séptico irreversible, ya

que el 70% aproximadamente se encontraban con hipotermia, hipotensión, taquicardia e hiperventilación pulmonar, y con un tiempo de enfermedad de más de 5 días de evolución, a pesar de haber recibido un tratamiento Médico-Quirúrgico-Radical, la Muerte Materna se produjo dentro de las 48 horas (75%) de haber sido admitida al hospital¹²⁸⁹¹⁰¹¹.

La causa directa de Mortalidad Materna fue la *Sepsis / Aborto*, y en segundo lugar *Hemorragias*, datos coincidentes con otros trabajos¹⁸⁹¹⁰.

Anteriormente la causa principal de Muerte Materna era la hemorragia, infección, toxemias.

Merece destacar la *Sepsis/Aborto* cuya incidencia como causa de Muerte Materna ha aumentado desde la recopilación estadística Materno Infantil realizada por INPROMI¹³¹⁴, y debe tener una explicación lógica en la ineficacia de los Programas de Educación Sexual, Paternidad Responsable y de Planificación Familiar.

La tasa de Mortalidad Materna Hospitalaria encontrada en nuestro estudio es de 16/10,000 N.V. (Ver Cuadro N° 18) es muy alta en comparación a la registrada en Países Desarrollados y es similar a las obtenidas en los diferentes estudios nacionales¹²⁸⁹¹⁰¹¹.

CUADRO N° 18

<i>Años</i>	<i>N° Nacidos Vivos</i>	<i>N° Muertes</i>	<i>Tasa M.M.</i>
1982-1989	7,479	12	16/10,000

La tasa de Mortalidad Materna Hospitalaria, es real y confiable; y nos describe en forma indirecta la realidad de nuestros Hospitales, porque no decirlo la realidad nacional en cuanto al estado de los Servicios de Salud; como Hospitales mal equipados sin recursos económicos suficientes, con falta de personal profesional y técnico, red de servicios de salud periféricos inoperantes, no existiendo una política de salud y población coherente y operativa; por lo que, es lógico suponer que la situación de salud de nuestra región es deficiente.

Merece hacer un comentario sobre el Aborto como causa de Muerte Materna, la legalización del Aborto produciría un incremento del Aborto, como lo han demostrado muchos trabajos en otros países donde es legal, pero estos serían realizados en condiciones médicas adecuadas y el riesgo de Muerte Materna sería mínimo.

Es indudable que para legalizar el Aborto en nuestro país, tendría que existir una concordancia entre nuestra cultura, la religión y la parte Jurídica. En todo caso, cualesquiera que fuera la propuesta, debería encontrarse un punto de equilibrio entre la restricción y la justificación del Aborto, cuando existan pruebas de riesgo grave de la vida o salud de la madre, alteraciones Genéticas o Mentales graves para el niño por nacer, Embarazos como resultado de Violaciones, Incesto.

Considerando los hallazgos del estudio y con la intención de contribuir a la solución del problema, es necesario hacer algunas recomendaciones:

- 1º Actualizar las Normas y Procedimientos de la Atención Materna.
- 2º Hacer mayor difusión del Control Pre-Na-

tal, del Parto Institucional y sus beneficios.

- 3º Solicitar un presupuesto adecuado para el Ministerio de Salud a fin de que los Hospitales tengan los recursos necesarios y puedan cumplir con sus funciones en forma óptima.
- 4º Establecer entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, un Programa Nacional de Educación Sexual, Paternidad Responsable y Planificación Familiar, que beneficien a grupos etáreos de riesgo, tanto a nivel Primario, Secundario y Universitario, como parte educativa de la Medicina Preventiva.
- 5º Que, el Ministerio de Salud garantice no solo el conocimiento, sino también los medios necesarios para que las parejas, puedan ejercer su opción libre, voluntaria y responsable, de determinar el número o dimensión de su familia.
- 6º Adecuar la Legislación referente al Aborto, sobre todo en casos de Violación, Incesto.
- 7º Establecer Comités Locales, Departamentales y Nacionales, para el estudio de la Mortalidad Materna.

BIBLIOGRAFIA

1. Dr. DOMINGO ARTE y Otros, Mortalidad Materna, Hospitales, 1985.
2. Dr. R. CERVANTES y Otros, Muerte Materna y Muerte Perinatal en los Hospitales del Perú, 1985.
3. Dr. CARLOS BUSTIOS ROMAN, Mortalidad Materna en diez países seleccionados, 1983.
4. M. ARAUJO, Maternal Mortality in Portugal, Geneva, Noviembre, 1985.
5. CHEN RU - JUN, Maternal Mortality in Shangrichina, Geneva, Noviembre, 1985.
6. FARNOT CARDOSO V., Mortalidad Materna en Cuba, Geneva, Noviembre 1985.
7. JUBITZ HASBIEN A., Muertes Maternas en el Hospital Universitario San Vicente de Paul, Colombia, 1978.
8. MARADIEGUE M. E., Mortalidad Materna en el Hospital Cayetano Heredia, Acta Médica Peruana, 1986.
9. PACHECO J., Mortalidad Materna, Lima 1983.
10. PURIZACA BENITES, Mortalidad Materna en el Hospital Regional Cayetano Heredia, de Piura, 1974-1981.
11. VILLA JAVIER F., Mortalidad Materna en el Hospital Maternidad de Lima, 1972.
12. CATES W. "Abortion Myths and Realities" Who is misleading Whom. Am J. Obstet-Gyneecol., 1982.
13. MINISTERIO DE SALUD DEL PERU, Dirección General de Salud Materno Infantil y Poblacional, "El Embarazo de Alto Riesgo en el Perú" INPROMI, 1980.
14. MINISTERIO DE SALUD DEL PERU, Dirección General de Salud Materno Infantil y Poblacional, "El Aborto en los Establecimientos de Saud del Perú", 1980.