



## ARTÍCULO ORIGINAL ORIGINAL PAPER

# MORTALIDAD MATERNA EN LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH

### Resumen

**Objetivo:** Determinar la tendencia de la razón de mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud de Ancash. **Diseño:** Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo. **Institución:** Dirección Regional de Salud de Ancash. **Población:** Gestantes que murieron. **Métodos:** Se analizó las Fichas de Investigación Epidemiológica de las muertes maternas ocurridas en la red de los servicios de salud de la DIRESA, así como las muertes maternas ocurridas en los domicilios de la jurisdicción correspondiente, ocurridas entre los años 1999 a 2009. **Principales medidas de resultados:** Razón de muertes maternas. **Resultados:** Del análisis de las 242 fichas epidemiológicas de muertes maternas, encontramos que la razón de mortalidad materna disminuyó de 209/100 000 nv, en 1999, a una razón de 90/100 000 nv en el año 2009. El tipo de muerte materna fue directa en 83% de los casos, incluyendo hemorragia 56%, enfermedad hipertensiva del embarazo 19%, infecciones 7% y aborto 4%. **Conclusiones:** La razón de mortalidad materna en la DIRESA Ancash tuvo una tendencia a disminuir en forma significativa, pero continuó siendo alta de acuerdo a los estándares internacionales. La primera causa de muerte materna fue la hemorragia, seguida de la enfermedad hipertensiva del embarazo, las infecciones, y el aborto. La mayoría falleció en su domicilio. **Palabras clave:** Muerte materna, hemorragia, infección, toxemia, edad.

### Maternal mortality at Ancash Health Region

### ABSTRACT

**Objectives:** To determine the trend in maternal mortality ratio at Ancash Health Region. **Design:** Epidemiologic descriptive retrospective study. **Setting:** Ancash Health Regional Directorship. **Subjects:** Mothers who died. **Methods:** DIRESA's health services net Epidemiological Research records on maternal deaths between 1999 and 2009 and jurisdictional home maternal deaths were reviewed. **Main outcome measures:** Maternal death rate. **Results:** Analysis of 242 maternal deaths revealed decrease of maternal mortality ratio from 209/100 000 live newborns in 1999 to 90/100 000 live

newborns in 2009. Maternal death was obstetrical direct type in 83% of cases, including hemorrhage that occurred in 56%, hypertensive disorders of pregnancy in 19%, infections in 7% and abortion in 4%. **Conclusions:** In Ancash DIRESA maternal mortality ratio decreased significantly but remained high, according to international standards. First cause of maternal death was hemorrhage followed by hypertensive disorders of pregnancy. Most women died at home.

**Key words:** Maternal death, hemorrhage, toxemia, infections, age.

LUIS WONG<sup>1</sup>, ESMERALDA WONG<sup>2</sup>,  
YANET HUSARES<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico Cirujano

<sup>2</sup> Licenciada en Obstetricia

Tema Libre presentado al XVIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, octubre 2010.

Trabajo ganador de una Mención Honrosa en la sección de Temas Libres del XVIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, octubre 2010.

Correspondencia:

Urb. Los Cipreses U – 14 Nvo. Chimbote, Chimbote-Perú

Teléfono: 043-503936

Correo electrónico:

lhwa\_77@hotmail.com

*Rev Per Ginecol Obstet.* 2011;57:237-241

### INTRODUCCIÓN

De acuerdo a las estadísticas y a los estudios de investigación realizados, en el mundo se produce una muerte materna cada minuto, la misma que se traduce en una tragedia para la familia y su comunidad<sup>(1)</sup>. Anualmente ocurren alrededor de 500 000 muertes maternas y 99% de ellas acontece en países en vías de desarrollo, como lo demuestran las investigaciones presentadas en las reuniones regionales sobre mortalidad materna auspiciadas por la OPS y OMS<sup>(2-4)</sup>.



En la región de las Américas, cada veinticinco minutos se produce una muerte materna, como resultado de una complicación del embarazo, parto o puerperio. Esta madre pudo ser una adolescente, sola, que se encontraba lejos de la ayuda de un profesional; pudo ser una madre que tuvo su parto en un hospital, pero que por falta de capacidad resolutoria dejó de existir; o bien pudo ser una madre que de manera secreta, en su desesperación, recurrió al aborto para terminar con su embarazo no deseado (2-5). En América Latina, anualmente ocurren 34 000 muertes maternas, de las cuales 22 000 se producen en América del Sur. El Perú contribuye con cifras de 1 600 a 1 800 muertes maternas, aproximadamente (6), ocupando el tercer lugar dentro de los países que tienen razón de mortalidad materna muy elevadas, después de Bolivia y Haití, lo cual no es muy alentador, ya que refleja el estado de salud de la mujer peruana.

En el ámbito de la Dirección Regional de Salud Ancash existen trabajos aislados sobre mortalidad materna a nivel hospitalario, como los realizados por Wong en el Hospital Regional 'Eleazar Guzmán Barrón' de Chimbote (7), por Mosquera y colaboradores en el 'Estudio de la mortalidad materna en el callejón de Huaylas', Huaraz (8), y últimamente el de Rómulo Munaylla en la 'Identificación de factores de riesgo asociados a la muerte materna' en el Hospital Regional 'Eleazar Guzmán Barrón' de Chimbote (9). No existen trabajos sobre la muerte materna que incluya a todos los servicios de salud de la Dirección Regional de Salud Ancash y que considere tanto las muertes maternas hospitalarias como las muertes maternas que ocurren en el domicilio.

Por ello consideramos necesario realizar esta investigación en el ámbito de nuestra Red de Servicios de Salud.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo de las muertes maternas ocurridas en el ámbito de la Dirección Regional de Salud Ancash. Se utilizó las Fichas de Investigación Epidemiológicas de Muerte Materna de todas las mujeres que murieron en el proceso del embarazo, parto y puerperio, en la red de los servicios de salud, así como las muertes maternas ocurridas en los domicilios de la jurisdicción correspondiente, ocurridas entre los años 1999 a 2009.

## RESULTADOS

Se encontró 253 muertes maternas en el lapso 1999 a

2009. Para efecto del presente estudio, solo se consideró 242 casos, cuyas fichas epidemiológicas estaban completas. La razón de mortalidad materna en la Dirección Regional de salud de Ancash disminuyó en forma significativa de 209/100 000 nv, en 1999, a una razón de 90/100 000 nv en el año 2009. Fue mayor entre las mujeres consideradas de riesgo, como las nulíparas, multíparas y grandes multíparas (74%), que tenían unión conyugal no estable (71%), con nivel educativo bajo (60%), provenientes de las zonas rural y de sierra (81%) (tabla 1).

La causa de muerte fue directa en 201 (83%), indirecta en 32 (13%) e incidental en 9 (4%). La primera causa de muerte directa fue la hemorragia (56%) y, entre ellas, la retención placentaria (41%) y la atonía uterina (37%) fueron las más frecuen-

Tabla 1. Características de las muertes maternas.

	Número	Porcentaje
<b>Paridad</b>		
Nulíparas, multíparas y grandes multíparas (riesgo alto)	179	74
Primíparas y secundíparas (riesgo bajo)	63	26
<b>Procedencia</b>		
Sierra	196	81
Costa	46	19
<b>Causa de la muerte</b>		
Hemorragia	136	56
Toxemia	46	19
Infección	17	7
Aborto séptico	10	4
Otras causas	33	14
<b>Lugar de fallecimiento de la gestante</b>		
Hospital	93	38
Domicilio	116	48
Camino al establecimiento de salud	33	14



tes. La enfermedad hipertensiva del embarazo, con 19%, ocupó el segundo lugar, seguida de las infecciones (7%) y el aborto (4%), respectivamente (tabla 1).

Setenta y uno por ciento de las gestantes que murieron no fue referida a un servicio de salud de mayor complejidad. El lugar de fallecimiento de la gestante fue en su domicilio en 48% y otras fallecieron en el trayecto al servicio de salud (14%), lo que representa un 62% de todas gestantes que murieron fuera de un establecimiento de salud, sin recibir ayuda o atención médica (tabla 1).

### DISCUSIÓN

La investigación sobre mortalidad materna realizada en el período de 1999 al 2009, en los servicios de salud de la Dirección Regional, nos ha permitido dentro de otros determinar que la razón de mortalidad materna de la Región de Salud Ancash tuvo una tendencia a disminuir significativamente, de 209/100 000 nv, en 1999, a 90/100 000 nv en el año 2009. Si bien es cierto que ha disminuido y que es inferior a la razón de mortalidad materna nacional 103/100 000 nv según ENDES 2000<sup>(10)</sup>, sigue siendo elevada si la comparamos con los estándares internacionales<sup>(2-5)</sup> (gráfica 1).

Dentro del análisis podemos decir que la mortalidad materna de causa directa ocupó el primer lugar (83%), coincidente con otros estudios realizados a nivel nacional<sup>(1,7,11-16)</sup>, siendo la hemorragia la causa de la mayoría de muertes maternas (56%), y la retención placentaria y la atonía uterina las más frecuentes (gráfica 2). Llama la atención que la enfermedad hipertensiva del embarazo (19%) subiera a un segundo lugar,

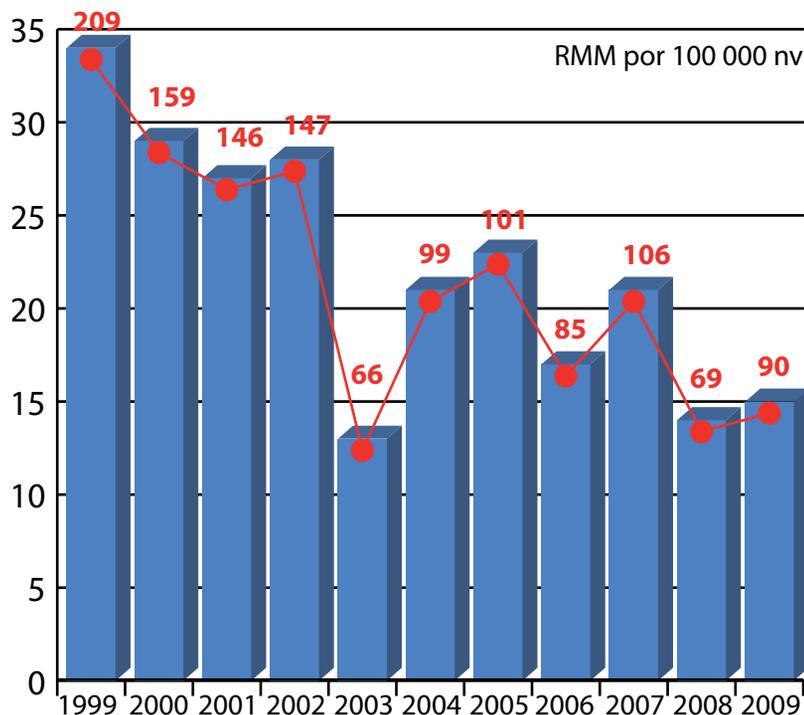
desplazando a la infección y al aborto al tercer y cuarto lugar, respectivamente (gráfica 3), confirmando hallazgos anteriores<sup>(15,17-21)</sup>.

Dentro de las causas indirectas de mortalidad materna, la tuberculosis y la neumonía (58%) ocuparon el primer lugar, coincidente con hallazgos de otros autores<sup>(1,14,15,22)</sup>.

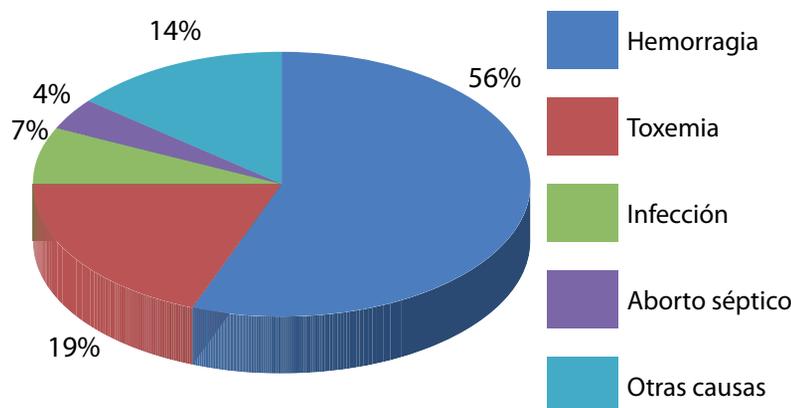
En lo que respecta a la edad de la gestante, la muerte materna se presentó casi por igual en

todos los grupos etarios, no teniendo significancia estadística, coincidente con otros estudios<sup>(22,23)</sup>. Con relación a la paridad, tenemos conocimiento que la gestante nulípara potencialmente asume un riesgo obstétrico, ya que tiene un canal de parto que nunca ha sido sometido a la prueba de trabajo de parto con un móvil de determinadas características. Así mismo, es necesario recordar que en las nulíparas o primigestas se presentan con mayor frecuencia las enfermedades

Gráfica 1. Razón de mortalidad materna DIRESA Ancash, años 1999 a 2009.

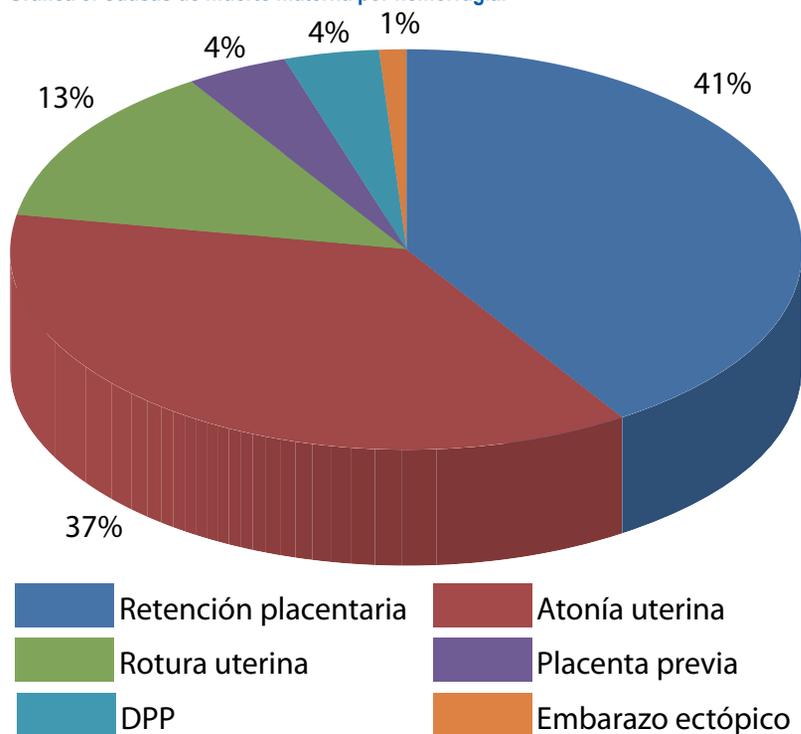


Gráfica 2. Causas de muerte materna.





Gráfica 3. Causas de muerte materna por hemorragia.



intercurrentes del embarazo, las infecciones del tracto urinario, amenaza de aborto o de parto prematuro, toxemia, por lo que están más predispuestas a sufrir complicaciones del embarazo, parto y puerperio, estando en permanente riesgo de morir. En el grupo de las gestantes multíparas y grandes multíparas, como es sabido, se presentan con mayor frecuencia las hemorragias por atonía uterina, retención de placenta, rotura uterina, inversión uterina, guardando concordancia con los hallazgos encontrados.

El tener nivel de educación bajo (60%) dificulta la transferencia de información y educación sobre el cuidado de la salud, determinando ciertas actitudes y creencias sobre el proceso de salud y enfermedad, y siendo un factor muy importante, tal como lo refieren trabajos sobre muerte materna <sup>(24)</sup>.

Las gestantes procedentes de las zonas rurales, especialmen-

te las de la sierra (81%), tienen menos accesibilidad a los servicios de salud. Por la distancia y falta de medio de transporte, hacen casi imposible llegar a los servicios de salud en forma oportuna. Por otro lado, el no referir a las gestantes que fallecieron (71%) a los servicios de mayor complejidad, determinó que la gestante no recibiera una atención oportuna y especializada que le hubiera podido salvar la vida. Es probable que en este factor intervenga una serie de elementos negativos, como el incumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia de las gestantes con riesgo dentro del sistema del control prenatal, la distancia a los servicios de salud, la falta de transporte, falta de medios económicos y la idiosincrasia de la comunidad <sup>(25)</sup>.

El momento de la muerte fue en el parto en 57%, el embarazo en 23% y en el puerperio en 20%. El lugar de fallecimiento de las gestantes fue en el hos-

pital en 93 casos (38%), en el domicilio en 116 (48%) y camino al establecimiento de salud en 33 (14%), lo que representa que 62% de las madres gestantes que fallecieron lo hiciera fuera de un establecimiento de salud, sin oportunidad de recibir ayuda médica. Ello nos permite manifestar que, a pesar de haberse incrementado la infraestructura y equipamiento en los hospitales, así como del personal profesional en los puestos y centros de salud -lo que ha permitido aumentar el control prenatal de 69% a 80% <sup>(10)</sup> y la atención del parto institucional de 57,9 a 70% <sup>(10)</sup>-, todavía existe un gran porcentaje de gestantes que prefiere atenderse en sus domicilios, con personal no capacitado ni entrenado, lo que explica en alguna forma el manejo inadecuado de las hemorragias en el puerperio inmediato, determinando que la muerte materna ocurriera con mayor frecuencia en la etapa del puerperio (56%). Es probable que ello se deba a la idiosincrasia de nuestras comunidades andinas, además del miedo o temor a los servicios de salud, a la postura o privacidad en la atención del parto. Así, el análisis de las fichas de investigación de muerte materna hemos encontrado gestantes captadas, controladas y con seguimiento, de hasta 9 y 11 controles; pero, al momento del parto, prefirió atenderse en su casa, por un familiar o por la partera tradicional, y terminó muriéndose.

La muerte materna representa un problema social y de salud relevante, que la convierte en un problema de salud pública, y cualquier programa que se elabore para reducir la muerte materna deberá desarrollarse dentro de un contexto económico y social.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cervantes R, Denegri J, Watanabe T. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Lima, Perú: Ministerio de Salud, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, OPS/OMS. 1988: 218 p.
2. OPS / OMS. I Reunión Regional Sobre Mortalidad Materna. Campañas, Sao Paulo. Brasil. 1,988.
3. OPS/OMS. Plan de acción regional para la reducción de la muerte materna en las Américas. Washington DC, noviembre 1990.
4. OPS/OMS. Programa regional de la salud materno infantil. Propuesta para operacionalizar el plan de acción regional para la reducción de la muerte materna en las Américas. Documento preliminar, junio 1991.
5. OPS/OMS. Evaluación del plan de acción regional para la reducción de la Mortalidad Materna. Washington. D.C. Agosto 1996.
6. Chumbe O, Molina N, Espinoza K, Vega L, Orderique L, Távara L. Diez años de mortalidad materna en el Hospital María Auxiliadora: análisis de causas 1988-1997. *Ginecol Obstet (Perú)*. 1997;43(3):216-21.
7. Wong L. Mortalidad materna hospitalaria. X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Set 1990.
8. Mosquera V, Cerna J, Aranda J, Villacaqui R. Mortalidad materna en el callejón de Huaylas (1985 - 1995) Región Chavín. *Ginecol Obstet*. 1996;42(1):31-8.
9. Munaylla R. Identificación de los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna, en el Hospital Regional "Eleazar Guzmán Barrón" Chimbote 1990 - 1998. Tesis de Maestría, Lima - Perú. 2000.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009. Disponible en: <http://desa.inei.gov.pe/endes/>
11. Maradiegue E. Mortalidad materna en el hospital Cayetano Heredia 1975-1985 (Tesis de maestría en salud pública) Lima-Perú: U. Peruana Cayetano Heredia, 1986.
12. Maradiegue E, Castro R. Mortalidad materna en el HNCH (1985-1992), XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Tomo del Congreso. Lima- Perú. 1994.
13. Távara L, Chumbe O. Evolución de la mortalidad materna en el cono Sur de Lima. XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima-Perú. 1994.
14. Távara L, Sacsa D, Frisancho O, Urquiza R, Carrasco N, Tavera M. Estado actual de la mortalidad materna en los hospitales del Perú. *Ginecol Obstet (Perú)*. 1999;45(1):38-42.
15. Vásquez J. Mortalidad materna 1991-1999. Hospital Regional de Loreto. *Obstet Ginecol*. 2000;46(3):240-4.
16. Chirinos J, Sobrevilla L, Alcántara E. La morbilidad y mortalidad materna en las regiones naturales del Perú. *Rev Per Epidemiol*. 1994;7(1):5-20.
17. Chumbe O, Tavera L, Rodríguez C. El aborto séptico como causa de morbimortalidad materna. *Ginecol Obstet (Perú)*. 1994;40(1):49-54.
18. Castro R, Maradiegue E. Mortalidad por aborto séptico en el Hospital Cayetano Heredia 1985-1992. *Ginecol Obstet (Perú)*. 1994; 40(1):55-9.
19. Távara L. Atención del aborto incompleto no complicado. IMP-PARES. IPPF. Lima. 1996.
20. Carrasco M, Flores L. Mortalidad Materna en el Perú. Estrategias, Ministerio de Salud. Materno Infantil. Congreso Extraordinario Obstetricia y Ginecología. Lima, 26 oct 1997.
21. Távara L, Sacsa D, Frisancho O, Urquiza R, Carrasco N, Tavera M. Mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios como estrategia para reducir la mortalidad materna y perinatal. *Obstet Ginecol*. 2000;46(2):12-34.
22. Torres J, Díaz J, Gutiérrez M. Mortalidad materna en el Instituto Materno Infantil (1991 - 1995) . XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima. Junio de 1996.
23. Grimes D. The morbidity and mortality of pregnancy: still risky business. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;170(5 PT2):1489-94.
24. Berg C, Daniel Y, Mora J. Guías para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. 1ª edición: Washington, USA; Organización Panamericana de la Salud. 1996.
25. Alcalá MJ, Gálvez D, Murillo A. La Mortalidad Materna en la Región Andina: una tragedia evitable. *Family Care International*. 1994.

