



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1995; 41 (3): 52-54

Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna

ADOLFO PINEDO, LUIS TÁVARA, [OVIDIO CHUMBE](#), JORGE PARRA.

Resumen

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna. Diseño: Estudio analítico de corte sobre 21621 casos ingresados al Sistema Informático Perinatal entre el 1 de julio de 1988 y el 31 de diciembre de 1992. Se identificó todos los casos de muerte materna y utilizando una tabla de doble entrada se calculó el riesgo relativo (RR) y el riesgo atribuible a la población por ciento (RAP) de las variables sociales antropométricas, biológicas, las patologías del embarazo, parto y puerperio. La prueba estadística aplicada fue el cálculo del intervalo de confianza al 95% (IC 95 Yb). Resultados: Los factores de riesgo importantes por el RR con significancia estadística fueron: estado civil soltera, falta de control prenatal, eclampsia, tuberculosis, infección puerperal, hemorragia del II trimestre, edad gestacional <37 semanas, anemia, hemorragia puerperal, hemorragia del III trimestre, aborto séptico e infección urinaria. Conclusión: Se encontró asociación entre muerte materna y falta de control prenatal estado civil soltera y patologías prevalentes del embarazo.

Palabras clave: Muerte materna, factores de riesgo para muerte materna.

Summary

OBJECTIVE. To identify risk factors associated to maternal mortality. DESIGN.- Cross sectional study of maternal mortality using the perinatal informatic system of the Obstetrics and Gynecology Department of Hospital Marla Auxiliadora of 21621 cases recorded from July 1, 1988 to December 31, 1992. We used a 2 x 2 table confidence interval 95% test to calculate relative risk (RR) taking social antropometric, biologic and obstetric variables. RESULTS: The most important risk factors were: single status, no antenatal care, eclampsia, tuberculosis, puerperal infection, second trimester hemorrhage, preterm delivery, anemia, third trimester hemorrhage, septic abortion and urinary infection. CONCLUSION.- There is an association between maternal mortality and no antenatal care, single status and prevalent pathologies of pregnancy.

Key words: Maternal mortality. Risk factors to maternal mortality.

Introducción

Es importante estudiar la mortalidad materna de un país, porque ella representa un índice importante del grado de desarrollo ¹. Si bien es cierto que el conocimiento de la mortalidad hospitalaria no constituye un indicador exacto de la realidad general, es evidente que nos proporciona luces sobre los factores causales, los cuales varían en el tiempo, y su conocimiento es gravitante cuando se desea tomar medidas a nivel local y niveles más altos, en las decisiones que se deban efectuar a nivel nacional ².

En el Hospital María Auxiliadora (HAMA), la mortalidad materna ha venido declinando desde 1986 a 1992, teniendo una tasa promedio en todo este tiempo de 232 por 100 000 nacidos vivos ³.



En una investigación previa llevada a cabo en el HAMA, se pudo precisar los factores de riesgo importantes para la mortalidad materna, a los mismos que se les calculó su riesgo atribuible poblacional por ciento. Sus resultados nos permitieron reorientar algunas acciones para reducir la tasa ².

El presente estudio intenta reactualizar la identificación de los factores de riesgo con el propósito de verificar si se ha operado algún cambio en la frecuencia de los mismos.

Material y Métodos

El presente es un estudio analítico de corte. Se revisó el Banco de Datos del Sistema Informático Perinatal del Departamento de Ginecoobstetricia del HAMA con 21261 historias clínicas ingresadas entre el 1 de julio de 1988 y el 31 de diciembre de 1992.

Se identificó un total de 44 casos de muerte materna. Se estudió en cada caso el estado civil, grado de instrucción, desnutrición (peso menor de 44 kg, que corresponde al percentil 10 del peso de las mujeres antes del embarazo), sobrepeso (peso mayor de 62 kg, que corresponde al percentil 90 del peso de las mujeres antes del embarazo), talla baja (menos de 1,44 m, que corresponde al percentil 10 de la talla materna), edad menor de 20 años, mayor de 35 años, nuliparidad, falta de control prenatal, patologías del embarazo, parto y puerperio. No se procesó lo referente al intervalo intergenésico, debido a datos incompletos en las historias clínicas.

El grupo control fue constituido por todos los demás casos que no terminaron en muerte materna. En una tabla de doble entrada, se calculó el RR y el RAP % para cada uno de los factores de riesgo estudiados. El test estadístico usado fue el IC 95%.

No se encontró las historias clínicas de aborto en el banco de datos, por lo que el cálculo del RR para este factor se hizo teniendo en cuenta el número de abortos sépticos y, como control, los abortos no sépticos.

Resultados

El estado civil soltera y "otro estado civil" presentan un RR 2,52 (IC= 1,09-5,66) mientras que las variables analfabetismo, desnutrición, sobrepeso y talla baja no tuvieron significancia estadística como factores de riesgo para muerte materna. Cuando se estudió el grado de instrucción, tampoco se observó variaciones significativas (ver Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociales y antropométricas asociadas a mortalidad materna			
Factor de riesgo	R.R	I.C. 95%	P
Soltera u otro estado civil	2,52	1,09-5,66	<0,05
Analfabetismo	2,77	0,67-9,55	N.S
Desnutrición (<44kg)	0,74	0,00-5,17	N.S
Sobrepeso (>62kg)	1,14	0,00-5,00	N.S
Talla <1,47 m	1,53	0,45-4,65	N.S

El RR para la edad menor de 20 y mayor de 35 así como de la nuliparidad y gran multiparidad no fue significativo; sin embargo, la falta de control prenatal tuvo un RR de 3,02 con significancia estadística (ver Tabla 2).

Tabla 2. Variables sociales y antropométricas asociadas a mortalidad materna			
Factor de riesgo	R.R	I.C. 95%	P
Edad < 20 años	0,68	0,29-1,62	NS



Edad \geq 35 años	0,94	0,37-2,40	NS
Multiparidad	0,75	0,40-1,41	NS
Paridad \geq 5	0,96	0,33-2,76	NS
No control prenatal	3,02	1,53-5,97	NS

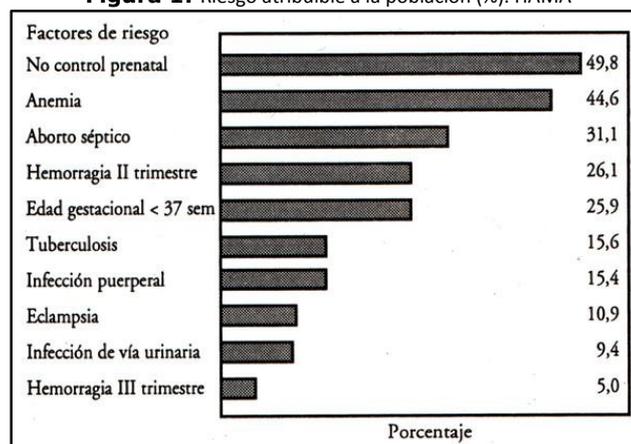
En la Tabla 3 vemos que los factores de riesgo con mayor significancia fueron eclampsia, tuberculosis, infección puerperal, hemorragia del segundo trimestre, parto pretérmino, anemia, hemorragia puerperal, hemorragia del tercer trimestre y aborto séptico e infección urinaria. La hemorragia puerperal, la preeclampsia y la cesárea tuvieron un RR mayor de 1, pero el cálculo del intervalo de confianza los dejó sin significancia estadística. La RPM no se comportó como factor de riesgo.

Tabla 3. Patología del embarazo, parto y puerperio asociadas a mortalidad materna

Factor de riesgo	R.R.	I.C. 95%	P
Eclampsia	19,86	8,96-44,03	<0,05
Tuberculosis	17,22	7,76-38,22	<0,05
Infección puerperal	16,08	6,42-40,31	<0,05
Hemorragia II trimestre	12,51	3,08-50,82	<0,05
Edad gestacional <37 semanas	5,04	2,68-9,48	<0,05
Anemia	4,59	2,53-8,33	<0,05
Hemorragia puerperal	3,87	0,54-27,92	NS
Hemorragia III trimestre	3,59	1,12-11,54	<0,05
Aborto séptico	3,10	1,10-8,65	<0,05
Infección urinaria	2,39	1,07-5,36	<0,05
Preeclampsia	2,07	0,88-4,88	NS
Cesárea	1,66	0,84-3,28	NS
RPM >24 horas	0,80	0,19-3,30	NS
RPM	0,73	0,30-1,91	NS

La Figura 1 muestra el cálculo del RAP% para cada factor de riesgo y, según ello, la falta de control prenatal tiene un valor de 49,8%, lo que significa que si proporcionamos control prenatal a todas las gestantes del cono sur de Lima, podemos ser capaces de reducir la mortalidad materna casi en 50%. Siguen, en orden de frecuencia, la anemia con 44,6% y el aborto séptico con 31,1%. Esto quiere decir que se necesita mejorar los patrones nutricionales y evitar el embarazo no deseado para reducir en forma importante la muerte materna.

Figura 1. Riesgo atribuible a la población (%). HAMA





Discusión

La tasa de mortalidad materna a nivel nacional, calculada según la publicación de AMIDEP⁴, es de 261 por 100 000 nacidos vivos; está un poco por encima de la encontrada por Cervantes a nivel hospitalario⁵. A nivel del HAMA, en el periodo de 1986 a 1992, la tasa ha sido de 232 por 100000 nacidos vivos, con una tendencia a caer hasta situarse en 141 el año 1992; la infección, en sus diversas manifestaciones, fue el factor causal más importante³.

Para poder enfrentar la mortalidad materna, interesa identificar los causales y los factores asociados, con el propósito de asumir medidas de prevención. Precisamente, entre los factores de riesgo, algunas condiciones socioeconómicas expresadas a través del estado civil soltera, bajo nivel de estudios, ocupación en las tareas domésticas, falta de servicios sanitarios y nacimiento están muy ligadas a la muerte⁵. En el presente estudio, es evidente que el estado civil soltera se comporta como un factor deletéreo.

A pesar que la literatura revela que el embarazo en los extremos de la vida reproductiva, la nuliparidad y la gran multiparidad se comportan como factores de riesgo para la muerte materna, sin embargo, en esta revisión, no lo confirmamos, tal vez porque sea necesario hacer un acopio mayor de casos que nos permita hacer un análisis más valioso⁵.

El hallazgo del RR para la falta de control prenatal en nuestras pacientes confirma lo publicado en otros estudios^{1,2,6,7}. Al calcular el RR para cada factor, confirmamos los hallazgos del estudio anterior, al encontrar que la eclampsia, la tuberculosis y la infección puerperal ocupan los primeros lugares².

Los factores de riesgo con RR estadísticamente significativos fueron examinados según el RAP% y encontramos, nuevamente, que es la falta de control prenatal lo que debemos corregir más prontamente si queremos reducir la mortalidad materna. Del mismo modo, la corrección de la anemia y la prevención del embarazo no deseado deben ser actividades que se refuercen a fin de bajar las tasas de muerte materna^{2,8}.

Este trabajo abre nuevas líneas de acción futuras para prevenir la tragedia de la mortalidad materna, orientando la investigación hacia las intenciones reproductivas de las mujeres, mejorando el control prenatal y en general la calidad de los servicios.

Referencias bibliográficas

1. Maradiegue E, Castro R. Mortalidad materna en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (1985-1992). En XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología 1994; pág. 105-10.
2. Távara L, Parra J. El enfoque de riesgo como estrategia para mejorar la salud materna y perinatal. En: Pacheco, y col. Salud Materna y Perinatal, Lima- Perú. Ed. Red Peruana de Perinatología 1992; pág. 88-107.
3. Távara L, Chumbe O. Evolución de la mortalidad materna en el cono sur de Lima. En XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología 1994; pág. 98-104.
4. Vallenás G. Mortalidad materna en el Perú. AMIDEP- Consejo Nacional de Población. Agosto 1993.
5. Cervantes R, Watanabe T, Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Ministerio de Salud, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología OPS/OMS, Lima- Perú 1988.
6. OPS/OMS. Fecundidad y Salud. La experiencia latinoamericana, 1985.
7. Pacheco J, Huamán M, Vargas A. Mortalidad materna en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins IPSS 1958-1991. Tomo del XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología 1994, pág. 95-8.
8. Gonzáles Del Riego M. Alto riesgo obstétrico, muerte materna. Tomo del XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología 1994; pág. 43-4.