



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1996; 42 (1): 34-38

Mortalidad materna en el Callejón de Huaylas (1981-1995) Región Chavín

Drs. VIDAL MOSQUERA, JUAN CERNA, JULIO ARANDA, RUBÉN VILLACAQUI, MARCO VIVAR, RAFAEL NORABUENA, RAÚL COCHACHIN, JAVIER REVILLA, ALBERTO PEÑARANDA, ROGER RAMÍREZ, LUIS LÓPEZ, ULISES JORGE

Resumen

Se informa por primera vez un estudio descriptivo de las muertes maternas registradas durante los 10 últimos años (1985-1994) en los cinco hospitales del Callejón de Huaylas (Hospital Apoyo "VRG" de Huaraz, Hospital de Apoyo de Recuay, Hospital de Apoyo de Carhuaz, Hospital de Apoyo de Yungay y Hospital de Apoyo de Caraz). Durante este decenio han muerto 42 mujeres sobre un total de 16 011 n.v., lo que representa una tasa de 262,3 muertes por 100 000 nacidos vivos. La edad más frecuente varía entre 20 y 40 años, y la paridad predominante fue menor de 3. Las variables sociales de estado civil, grado de instrucción y quehaceres del hogar corroboran los hallazgos de otros trabajos. El 78,5% no tuvo control prenatal o fue insuficiente. Predominaron las muertes de causa directa (80,9%) y la muerte durante el puerperio fue de 73,5%.

Entre las causas directas, predominaron la infección puérpera la toxemia, el aborto y la hemorragia. Las causas indirectas fueron responsables en el 19%; en primer lugar destaca la anestesia y se tuvo un caso de bartonelosis

La mayoría falleció antes de las 72 horas de permanencia en el hospital.

La tasa de mortalidad materna ha disminuido de 596,8 (1985) a 392,8 (1994). El 40,5% de muertes maternas fue evitable (17 casos) y 25 casos (59,5%) fueron no evitables.

Palabras clave: Muerte materna, mortalidad materna.

Summary

First descriptive study on the 42 maternal deaths registered during the past ten years (1985-1995) at all five Callejón de Huaylas Hospitals and 16 011 live newborns, representing 262,3 deaths per 100 000 live newborns. Death occurred most frequently between 20 and 40 years old and with parity less than 3. Marital status, education and homework were similar to other investigations. Prenatal control was absent or sufficient in 78,5%. Direct maternal deaths represented 80,9% and death during the puerperium was 73,5%. Direct causes were mainly puerperal infection, toxemia, abortion and hemorrhage. Indirect causes represented 19% and included anesthesia and one case of bartonellosis. Most patients died before 72 hours of hospital stay. Maternal mortality has decreased from 596,8 (1985) to 392,8 (1994). We consider 40,5% (17 cases) of maternal deaths were avoidable and 25 (59,5%) unavoidable.

Key words: Maternal death, maternal mortality.



Introducción

Durante la edad fértil de la mujer, la maternidad es una de las misiones más importantes y la de mayor responsabilidad, por dar vida a un nuevo ser, enfrentando muchas veces complicaciones que pueden ser causa de su muerte. Por tanto, se debe priorizar la protección a la gestante, por la Sociedad y el Estado, para evitar daño prevenible que en muchos casos es irreparable.

La tasa de mortalidad materna, es un índice importante en el manejo de la paciente en una institución¹. En el mundo, durante la última década, la mortalidad materna en los países desarrollados ha disminuido en relación a años anteriores². En EE. UU., Inglaterra, Japón y Francia las tasas de mortalidad materna se mantienen entre 3,8 y 45,0 por 100 000 nacidos vivos. En contraste, en los países en desarrollo no ha disminuido, manteniéndose alta en Tanzania (340), India (460) y Afganistán (640 x 100 000 nacidos vivos); en Latinoamérica también observamos tasas elevadas en Ecuador (170), Honduras (220), Perú (300) y Bolivia (600 x 100 000 nacidos vivos)^{3,4}.

Actualmente hay interés a nivel nacional de estudiar la mortalidad materna. El estudio más completo se publicó en 1988, en el que se informa que la tasa de mortalidad materna hospitalaria en el Perú es de 165 x 100 000 nacidos vivos^{2,3,5}. En el Perú la tasa de mortalidad materna no ha mejorado sustancialmente; en 1960 fue de 286, en 1970 de 390 y desde entonces ha disminuido lentamente hasta 303 x 100 000 n.v. que corresponde a 1992^{2,3}. Entonces su reducción al 50% es un reto hacia la meta de salud para todos en el año 2000¹².

Tabla 1. Mortalidad materna Callejón de Huaylas según hospital. (1985-1994)

Hospital	N	n.v.	Tasa x 100000 n. v.
Total	42	16011	262,3
- Hospital "VGR" Huaraz	33	10885	303,1
- Hospital Caraz	05	2198	227,5
- Hospital A.Recuay	01	665	150,4
- Hospital A.Carhuaz	01	753	132,8
- Hospital A.Yungay	02	1510	132,4

Tabla 2. Evolución por año

Año	N.V.	Muerte materna	Tasa
1985	1508	9	596,8
1986	1589	2	125,8
1987	1710	6	350,8
1988	1782	5	280,5
1989	1363	5	366,8
1990	1245	6	481,9
1991	1537	2	130,1
1992	1736	0	0,0
1993	1750	0	0,0
1994	1782	7	392,8
Total	16011	42	262,3



Tabla 3. Frecuencia por edades, paridad y características sociales		
VARIABLES	N	%
Edad (años)		
- 15-19	07	16,6
- 20-24	11	26,2
- 25-29	05	11,9
- 30-34	08	19,0
- 35-39	07	16,6
- 40-44	04	9,5
Total	42	100,0
Paridad		
- 0	11	26,2
- 1	05	11,9
- 2	10	23,8
- 3	02	4,7
- 4	04	9,5
- > 4	10	23,8
Total	42	100,0
Estado civil		
-Soltera	09	21,4
-Casada	15	35,7
-Conviviente	18	42,8
Grado de instrucción		
- Analfabeta	12	28,5
- Primaria	12	28,5
- Secundaria	10	23,8
- Superior	3	7,1
- No Precisa	5	11,9
Ocupación		
- Su casa	32	76,1
- Profesional	3	7,1
Independiente	1	2,3
- Estudiante	5	11,9
- No precisa	1	2,3

A nivel nacional, en los hospitales del Ministerio de Salud e IPSS fue de 165 x 100 000 n. v.^{2,3,5}, predominando las causas directas con el 85% y, entre ellas, hemorragia, aborto, infección y enfermedad hipertensiva del embarazo^{1,3,5,6}. En los Hospitales de Apoyo "Víctor Ramos Guardia" de Huaraz, de Recuay, de Carhuaz, de Yungay y Caraz no se ha estudiado la mortalidad materna y este trabajo es el primero que se lleva a cabo la población reúne características socioeconómicas sumamente heterogéneas, encontrándose zonas rurales y urbano marginales muy deprimidas.



Los Hospitales de Apoyo "V.R.G" de Huaraz y de Caraz son Hospitales de referencia, siendo los otros en menor grado.

El interés de este trabajo es conocer en nuestra realidad las tasas de mortalidad materna y, por ende, el funcionamiento y resultados de la atención materna en estas instituciones, su curva de evolución en los últimos 10 años y agregar el rubro sobre evitabilidad de la muerte, para así impulsar eficazmente las acciones preventivas.

Material y Métodos

Se realizó una investigación epidemiológica, descriptiva. Se revisó las definiciones maternas ocurridas en los cinco hospitales del Callejón de Huaylas: "V.R.G." de Huaraz, de Apoyo de Recuay, de Apoyo de Carhuaz, de Apoyo de Yungay y de Apoyo de Caraz, durante los últimos 10 años (entre el 1° de enero de 1985 y el 31 de diciembre de 1994).

Se revisó las historias clínicas de cada caso, evaluando pormenorizadamente la edad, gravidez, estado civil, control prenatal, complicaciones; de la gestación, motivo de ingreso, modo de terminación del embarazo, semana de gestación en que ocurrió el deceso, incluyendo exámenes auxiliares e informes operatorios para calificar el caso de muerte materna, su causa de muerte y determinando, además, la calificación de evitable o no evitable. Para asignar la causa se usó la clasificación interna de enfermedades de la OMS. No se realizó autopsias.

Tabla 4. Control prenatal, momento de la muerte e intervalo entre ingreso y muerte		
VARIABLES	N	%
Control prenatal		
- Si	9	21,4
- No	33	78,5
Momento de la muerte		
- Embarazo	15	35,7
- Parto	08	19,0
- Puerperio	19	45,2
Intervalo entre ingreso y muerte		
- < 12h	9	21,4
- 12-23 h	7	16,6
- 24-47 h	6	14,2
- 48-71 h	3	7,1
- > 72 h	17	40,4

Resultados

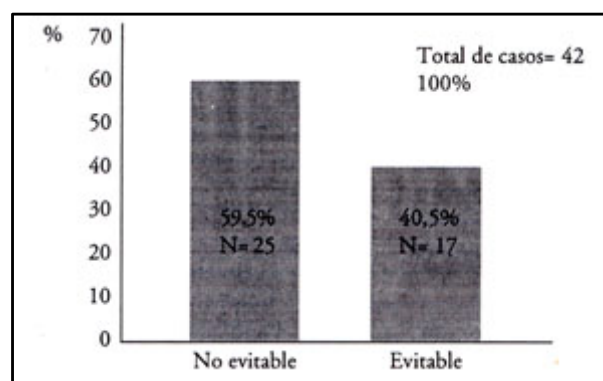
Durante los 10 años de estudio hubo 42 muertes maternas en los cinco hospitales mencionados, dentro de un total de 16 011 partos con nacidos vivos, lo que representa una tasa de 262,3 por 100 000 n.v. (Tabla 1).



Examinando la Tabla 1 y comparando las tasas de los cinco hospitales, el de Huaraz tiene la tasa más alta, 303,1 y el de Yungay la menor, 132,4 por 100 000 n.v. En la Tabla 2 vemos la evolución de la tasa de mortalidad materna durante los 10 años de estudio. En 1985 fue alta (596,8), luego disminuyó relativamente hasta llegar a cero en 1992 y 1993, después aumentó en 1994 a 392,8 por 100 000 n.v.

Tabla 5. Causas de muerte materna		
Causa básica	N	%
Directa	34	80,9
- Infecciones	11	32,3
Endometritis puerperal	7	20,0
Corioamnionitis	4	11,7
- HIE (preeclampsia y eclampsia)	9	26,4
Aborto	7	20,5
- Hemorragia	7	20,5
Rotura uterina	3	8,8
Muerte fetal intrauterina (CID)	2	5,8
Hemorragia postparto	1	2,9
Desprendimiento prematuro de placenta	1	2,9
Indirecta	8	19,0
- Anestesia	4	9,5
- Peritonitis primaria	1	2,4
- Cardiopatía valvular	1	2,4
- Cáncer de mama	1	2,4
- Bartonelosis	1	2,4
Total	42	100,0

Figura 1. Muerte evitable



La Tabla 3 muestra que la mayor tasa de mortalidad se dio en el grupo etáreo entre 20 a 34 años, y a los extremos de la vida reproductiva corresponde casi una cuarta parte de la mortalidad. El 62% de las muertes ocurrió en mujeres cuya paridad fue menor de tres.

Asimismo, las características sociales de estas mujeres son reunidas en la Tabla 3. La suma de solteras y convivientes representa el 64,2% y supera a las casadas (35,7%). El 57,0% de las muertes ocurrió en pacientes de poca instrucción (analfabetas y con instrucción primaria). La ocupación en las tareas del hogar es predominante; 76,1%. Sólo la quinta parte (21,5%) de la población estudiada tuvo control prenatal (Tabla 4).



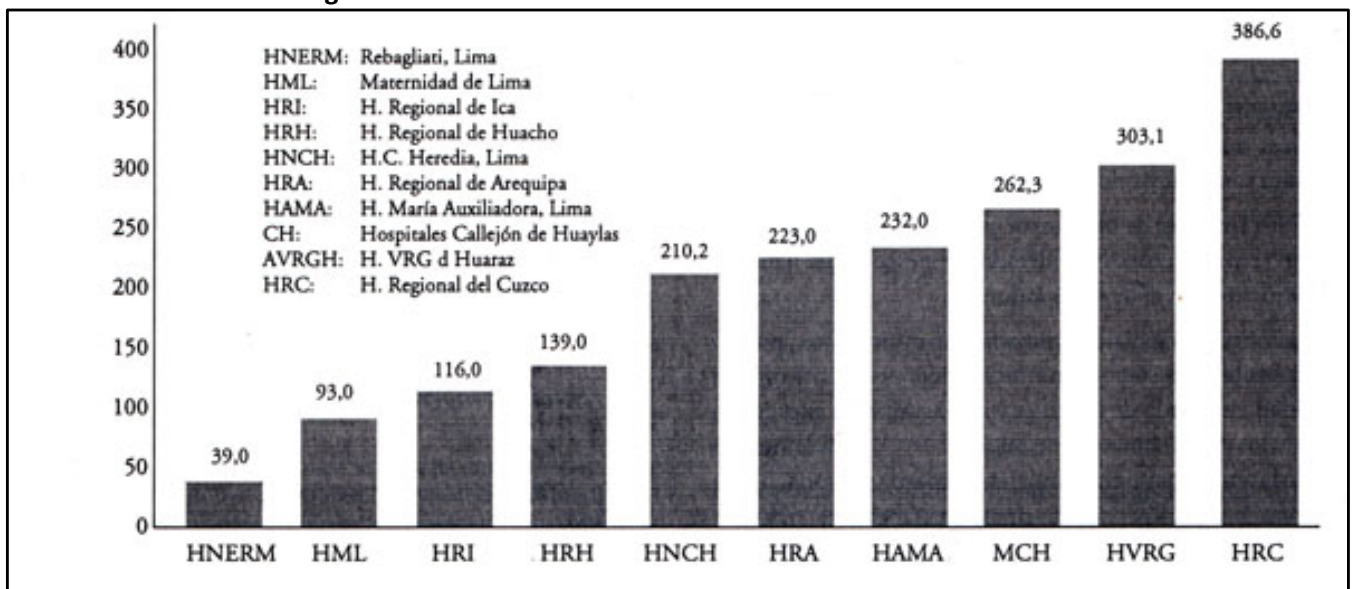
Hubo predominio de las defunciones durante el puerperio, 45,2% (Tabla 4).

Esta tabla también registra el número de horas que transcurre desde que las pacientes fueron admitidas al hospital hasta que ocurrió la muerte. Destaca el hecho que más de la mitad (59,3%) falleció dentro, de las primeras 72 horas.

Fue necesario discriminar sobre el factor causal más importante del fallecimiento. En la Tabla 5 observamos que 34 pacientes (80,9%) fallecieron de causas directas, entre las que destacan la infección puerperal 11 pacientes (26,2%) y la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) 9 casos (21,4%). Los abortos que ocasionaron la muerte materna fueron de carácter séptico. Las causas indirectas (8 casos) representan el 19% y entre ellas destaca la anestesia con 4 casos.

Si entre las causas obstétricas directas consideramos las infecciones, la endometritis puerperal ocurrió en 7 casos y casi el 90% tuvo parto domiciliario (Tabla 5). Entre los 7 casos de hemorragia tres dependieron de ruptura uterina, dos a coagulación intravascular diseminada, uno a hemorragia postparto y uno a desprendimiento prematuro de placenta.

Figura 2. Mortalidad materna nacional x 100 000 nacidos vivos



Fuente: Trabajos publicados en los Congresos de la SPOG (85, 87, 93)

La Figura 1 permite observar la conclusión a la que llegaron los autores de este trabajo sobre la evitabilidad de la muerte. Luego de discutir en detalle cada caso se concluyó que 25 casos (59,5%) eran muertes maternas no evitables y 17 casos (40,5%) evitables.

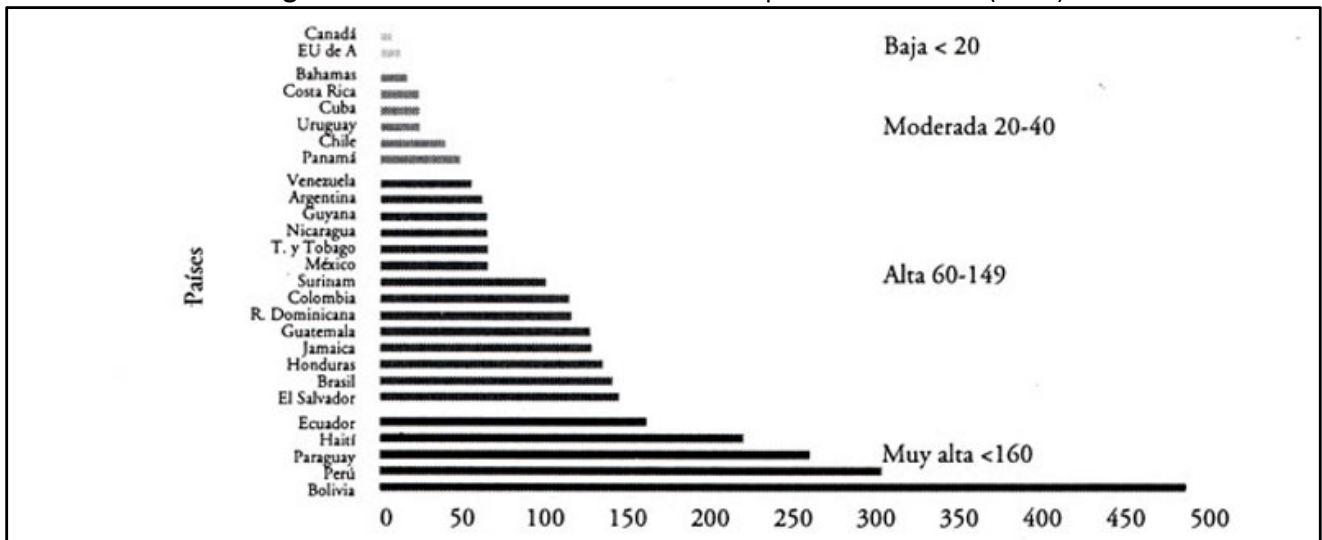
Discusión

Se informa 42 casos de muerte materna en los cinco Hospitales del Callejón de Huaylas en los últimos 10 años de estudio (1985-1994). En este lapso se atendió 16 011 partos con nacidos vivos. La tasa que resulta es de 262,3 fallecimientos por 100 00 n.v., cifra alta cuando se compara con las tasas a nivel hospitalario del MINSA e IPSS^{1,3,5-9}. Nuestras cifras más se acercan al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Hospital Regional de Arequipa y Hospital María Auxiliadora de Lima, todos del MINSA^{2,3,5}, que atiende poblaciones deprimidas.

La tasa de mortalidad materna en los Hospitales del Callejón de Huaylas ha disminuido de 1985 (599,8) a 1994 (399,8), fundamentalmente con la implementación lenta y gradual, tanto de personal capacitado como de medios de transporte (ambulancias) y otros factores que mejoran la calidad de servicios de salud en estos hospitales.



Figura 3. Tasas de mortalidad materna en países de América (1986)



Fuente: OPS-OMS. Boletín Oficina Panamericana 1993; 114; 4

Se destaca las tasas altas de mortalidad materna, en los Hospitales de Huaraz (303,1) y de Caraz (227,5), en relación a los otros hospitales durante este estudio. La explicación es que estos hospitales son centros de referencia y/o acopio.

El 42,7% (18 casos) de muertes ocurrió en las edades extremas de la vida reproductiva, consideradas de riesgo⁵. Este hallazgo es coincidente con el de otros autores.

Todas las variables sociales estudiadas son importantes, puesto que los problemas socioeconómicos repercuten con mucha intensidad en la vida de la mujer y casi siempre se expresan a través de los condicionantes de salud^{1,3,5,7,8,11-14}. Encontramos que sólo la tercera parte eran mujeres casadas; la mayoría (57%) sólo tenían instrucción primaria o eran analfabetas; el 76% tuvo como ocupación las tareas del hogar. Todas estas variables representan condiciones desfavorables para la mujer que embaraza, sin apoyo familiar, con pocos cuidados y dependientes de su pobre situación económica y la responsabilidad del trabajo del hogar^{1,5,11,14}.

Casi el 80% de los casos no tuvo control prenatal o lo tuvo insuficiente lo que demuestra la falta de acceso a servicios de salud. La gran mayoría de casos asistió al hospital con serias complicaciones y con frecuencia, a encontrar un lugar donde morir. Semejante situación lo demuestran otros estudios^{1,5,7,8,15}.

En nuestra revisión encontramos que la mayor proporción de mortalidad ocurrió en el puerperio y en los casos de parto domiciliario. Las causas directas son las que ocasionan más muertes y la infección puerperal es la causa más frecuente de definición⁵. La toxemia convulsiva es también causa de un número importante de muertes. Los casos de aborto siempre estuvieron vinculados a sepsis; y la rotura uterina fue la causa más importante entre las hemorragias. Si agrupamos los casos de infección puerperal, abortos, peritonitis primaria, y bartonelosis, resulta que el 57,6% de muertes maternas fueron causadas por infección, hallazgo que confirma su efecto casi directo en la mortalidad maternal^{1,4,5,7,15,16}.

Comparando las tasas encontradas en nuestro estudio, con las de otros hospitales a nivel nacional, estamos casi en el penúltimo lugar, así como en las tasas de mortalidad materna en países de las Américas, situándonos en las tasas mayores de 150^(4,17)(Figuras 2 y 3).

Finalmente, concluimos que muchas de las muertes maternas son evitables⁵. Es conveniente implementar el "Comité de mortalidad materna" en cada uno de los hospitales del Callejón de Huaylas, para la mejor evaluación de cada caso y obtener mejores resultados y contribuir a la reducción de la tasa en esta parte de la Región Chavín.



Referencias Bibliográficas

1. Pacheco J, Huamán M, Vargas A. Mortalidad materna 33 años (1958-1991) Hospital E. Rebagliati IPSS. Ginecol Obstet Perú. 19.
2. Maradiegue E. Mortalidad materna. XI Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia 1993.
3. Castro R. Mortalidad materna en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (1985-1992). Estudio caso control. Ginecol Obstet Perú 1995.
4. Sotelo J. El enfoque de riesgo y la mortalidad materna: Una perspectiva latinoamericana. Bol Sanit Panam 1993; 114 (4).
5. Távara L, Chumbe O. Evolución de la mortalidad materna en el cono Sur, Lima. XI Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia 1993.
6. Peña W, Delgado J. Mortalidad materna en el Hospital de Apoyo Docente de Huacho-MINSA: Análisis y Perspectivas ene 88-jun 93. XI Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia.
7. Arcos D, Suárez A, Zapata W, Arcos D, Arcos E. Mortalidad materna en el Hospital Maternidad de Lima (1978-1985). XI Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia 1993.
8. Cruz M. Proyecto maternidad sin riesgo: Estrategia parto limpio. XI Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia, 1993.
9. Jefferson L. Problemas de población en el Perú en: Reproducción Ed Colegio Médico del Perú. 1991.
10. OPS/OMS. Situación y Salud de la Mujer en la Subregión Andina. Washington D. C., 1989; 116 (1).
11. OPS/OMS. Reunión subregional sobre prevención de la mortalidad materna en Centroamérica y Panamá, Bol Of Sanit Panam, Washington D. C., 1990; 108 (3).
12. OPS/OMS. Plan de Acción Regional para la reducción de la mortalidad materna en la Américas. Bol Of Sanit Panam. Washington D.C. 1991; 110 (5).
13. OPS/OMS. Instantáneas: La violencia contra la mujer; Bol Of Sanit Panam. Washington D.C. 1994; 116 (1).
14. OPS/OMS. Mortalidad de la mujer en la edad fértil en Costa Rica 1987-1989. Bol Of Sanit Panam. Washington D. C. 1995; 109 (3).
15. Gonzales Del Riego M. Alto riesgo obstétrico, muerte materna. XI Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia, 1993.
16. Mora G. Maternidad segura. Experiencia internacional. XI Congreso, Peruano de Ginecología y Obstetricia, 1993.
17. Rendón L, Langer A, Hernández B. Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna de América Latina. Bol Of Sanit Panam 1993; 115 (6).