



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1999; 45 (1) : 38 - 42

Estado actual de la mortalidad materna en los hospitales del Perú

Luis Távara, Lic. Denise Sacsa, Olga Frisancho, Raúl Urquiza, Nazario Carrasco, Mario Tavera

Resumen

OBJETIVO: Actualizar las cifras y la causalidad de muerte materna en los hospitales del Perú. **DISEÑO:** Se elaboró un Manual de Autoevaluación y se seleccionó 31 hospitales, 7 en Lima y Callao y 24 en las diferentes regiones. Se envió anticipadamente a los hospitales el Manual de Autoevaluación y se les solicitó preparar informe. El equipo técnico visitó cada hospital en forma programada y llevó a cabo reunión con los directivos. Se recogió información de indicadores correspondientes a los tres años previos a la encuesta. La información recogida se procesó en computadora utilizando el Programa Fox Pro V2,6. **RESULTADOS:** Diecisiete hospitales correspondieron a la costa, 10 a la sierra y 4 a la selva; 25 al Ministerio de Salud, 3 al Instituto Peruano de Seguridad Social, 2 hospitales integrados entre las dos instituciones anteriores y 1 privado. El total de partos atendidos el año anterior a la encuesta fue 100 063; de los cuales 66,6% correspondió a partos con 16 más controles prenatales; sólo 43,6% de las parturientas había tenido 4 ó más; hubo 20,5% de cesáreas y 2,2% de partos instrumentados; 15,4% de abortos, 6,7% de niños de peso bajo al nacer y 4,3% de recién nacidos deprimidos. Entre un total de 155 797 partos con nacido vivo reunidos en los tres años anteriores a la encuesta hubo 349 casos de muerte materna, lo que da una tasa de 224,04 por cien mil nacidos vivos. A Lima le correspondió una tasa de 120,14 y al resto del país 255,66. En los hospitales de la costa, la tasa encontrada fue 147,11, en la Sierra 145,36 y en la selva 728,00. Los hospitales integrados presentaron una tasa mayor que los otros; asimismo, la tasa fue mayor en los hospitales más pequeños y en los más grandes. Las causas directas fueron responsables del 84,5% de las muertes y las indirectas del 15,5%. Entre las causas directas, la hemorragia fue la más frecuente, siendo seguida por la hipertensión inducida por el embarazo. **CONCLUSIÓN:** La tasa de mortalidad materna continúa siendo alta en los hospitales del Perú y es la hemorragia su causa más importante.

Palabras clave: Muerte materna en los hospitales del Perú, tasa de mortalidad materna en el Perú.

NOTA: Las opiniones vertidas en este trabajo son de estricta responsabilidad de sus autores.

Summary

OBJECTIVE: To update rate and causes of maternal death at Peruvian hospitals. **DESIGN:** A Self Evaluation Manual was elaborated and 31 hospitals were selected 7 in Lima and Callao and 24 in the different regions of Peru. The Self Evaluation Manual was previously sent to the hospitals and a report was requested. A technical team had scheduled visits to each hospital and met with the board of directors. Registry information of the three previous years was obtained and processed with the V2, 6 Fox Pro Program. **RESULTS:** Seventeen hospitals to the coast, 10 to the mountains and 4 to the jungles; 25 were from the Ministry of Health, 3 from the Peruvian Institute of Social Security, 2 were integrated hospitals with origin in both institutions and 1 was a private hospital. Previous year total deliveries were 100 063; 66,6% with 1 or more prenatal controls; only 43,6% had had 4 or more controls; there were 20,5% cesarean section and 2,2% instrumental deliveries; 15,4% abortions, 6,7% low weight newborn babies and 4,3% low Apgar newborns.

There were 349 maternal deaths in 155 797 live newborn delivered during the three years before the survey, with a rate of 224,04 per thousand live newborns. Lima's rate was 120,14 and in the rest of the country it was 255,66. Coast hospitals rate was 147,11, in the mountains 145,36 and in the jungles 728,00. Integrated hospitals presented a higher rate and the rate was higher in the smallest and largest hospitals. Direct causes were responsible of 84,5% of deaths and indirect causes of 15,5%. Among direct causes, hemorrhage was the most frequent, followed by pregnancy induced hypertension. **CONCLUSION:**



Maternal mortality rate continues being high in Peruvian hospitals and hemorrhage is the most important cause.

Key words: Maternal death in Peruvian hospitals, maternal mortality rate in Peru.

NOTE: The authors are lone responsables for the opinions given in this paper.

Introducción

La tasa de mortalidad materna en el Perú no ha variado significativamente en las últimas 4 décadas¹. La estimación hecha por ENDES 1996, utilizando el método de las hermanas, nos da una tasa nacional de 265 por 100 000 nacidos vivos (NV), cifra que varía desde 100 para Lima hasta más de 500 para Puno².

Una investigación anterior nos ha precisado que la mortalidad materna hospitalaria presenta una tasa de 165 por 100 000 NV y que el 85% de las muertes son de causa directa, en tanto que 15% tienen causa indirecta. La hemorragia obstétrica causa el 23% de las muertes materna, 22% el aborto, 18% las infecciones, 17% la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) y 5% de las causas directas corresponde a otras entidades. Entre las causas indirectas destaca la tuberculosis como principal problema³. Estas muertes ocurren especialmente en las mujeres más pobres, con niveles educativos bajos, tasas altas de fecundidad, frecuentemente en los extremos de la vida reproductiva y con intervalos intergenésicos cortos⁴. La deficiente salud y nutrición de las mujeres contribuye también a la mortalidad materna y perinatal.

La mortalidad infantil en el Perú ha descendido progresivamente en las últimas décadas. ENDES 1996 la encontró en 43 por mil NV y, dentro de la estructura de causas, los problemas perinatales constituyen la primera². El 70% de las muertes neonatales se asocia al peso bajo al nacer, y las principales causas de estas muertes son asfixia, dificultad respiratoria e infecciones³.

El control prenatal por personal profesional se lleva a cabo en 67% de las gestantes, con una concentración de 4 consultas en 54%, en tanto la atención institucional del parto llega apenas al 50%, siendo la otra mitad atendida a nivel domiciliario por las parteras tradicionales y los familiares².

Oficialmente el aborto se registra con una frecuencia de 140 por 1000 NV en los establecimientos de salud^{6,7}; sin embargo, se tiene evidencias que en el Perú ocurren 350 000 abortos anualmente, lo que pone a luz un fuerte componente de aborto inducido.

El 20% de los partos que se atiende en los establecimientos del MINSA corresponde a adolescentes, teniendo estos mismos una frecuencia de 25% en las zonas rurales. El 15% de las muertes maternas ocurre en mujeres adolescentes⁹, y como aspecto importante debemos subrayar que el 20% de las muertes causadas por aborto se da en el grupo etáreo de 10 a 19 años³.

Dentro de un análisis efectuado en los servicios de salud, los aspectos críticos que se identifica en la atención de la salud materna y perinatal son: falta de calidad y calidez, poca capacidad resolutoria frente a los problemas y emergencias obstétricos, deficiente gerencia, dificultades en la referencia y contrarreferencia y en la aplicación de la estrategia del enfoque de riesgo¹⁰.

Todas estas consideraciones expresan la necesidad de plantear un conjunto de acciones operativas dentro de la iniciativa MATERNIDAD SEGURA, en el propósito de mejorar la calidad y calidez de atención materna y perinatal y a través de ello contribuir a reducir las muertes maternas y perinatales. Dentro del Plan de Emergencia para reducir la mortalidad materna, la Dirección de Salud Materno Perinatal del MINSA ha introducido una serie de intervenciones, una de las cuales es la estrategia Diez Pasos para un Parto Seguro, la que viene cumpliendo con su cronograma de trabajo establecido. Desde sus comienzos, esta estrategia ubicó la necesidad de tener una información de base, lo que determinó una autoevaluación inicial de 31 hospitales del Perú, cuyo objetivo ha sido no sólo obtener información, sino detectar puntos críticos sobre los cuales hacer énfasis especial.



Metodología

Antes de iniciar la investigación se elaboró un Manual de Autoevaluación que fue socializado posteriormente por un Grupo de Trabajo integrado por dos médicos ginecoobstetras, un médico neonatólogo y una obstetriz¹¹. Es de subrayar que este grupo se constituyó con dos varones y dos mujeres.

Se seleccionó 31 hospitales del Perú, 7 en Lima y 24 en las diferentes regiones del País. A la costa correspondió 17 hospitales, 10 a la sierra y 4 a la selva. De los 31 hospitales, 25 correspondieron al MINSA, 3 al IPSS, 2 al sector integrado MINSAIPSS y 1 al sector privado

El Manual de Autoevaluación fue enviado anticipadamente a los hospitales seleccionados y se les requirió información relacionada a la atención materno perinatal. Fue elaborado un cronograma de visitas, el que fue cumplido entre julio y setiembre de 1996. Para ello se encargó a dos profesionales del grupo de trabajo para que asistieran sistemáticamente a cada una de las regiones seleccionadas.

Costa		17
Lima	7	
Tumbes	1	
Piura	3	
La Libertad	3	
Ancash	3	
Sierra		10
Ancash	2	
Ayacucho	2	
Arequipa	3	
Cusco	3	
Selva		4
Loreto	2	
Ucayali	2	

En las ciudades de Lima y Callao, el grupo de trabajo completo asistió a los 7 hospitales para cumplir con la reunión a la que asistió el Director del Hospital, los Jefes de Departamento de Ginecoobstetricia y Pediatría, el Jefe de Neonatología, la Obstetriz Jefa, la Enfermera Jefa de Neonatología y el o la coordinadora de salud reproductiva de nivel subregional. De igual manera, en las Regiones del interior del país, los dos profesionales asignados llevaron a cabo reuniones de trabajo, en primer lugar con el Director Regional o Subregional y luego con el grupo a nivel hospitalario.

Durante las reuniones de trabajo en cada uno de los hospitales visitados se hizo una exposición sobre la Estrategia Diez Pasos para un Parto Seguro y luego se procedió a aplicar la Guía de Autoevaluación. Se recogió información general e indicadores de atención materna y perinatal. Luego se aplicó la evaluación de cada uno de los Diez pasos.

Toda la información recogida fue incorporada dentro de una base de datos, haciendo uso del Programa Fox Pro V 2,6. En la autoevaluación no se consideró la correspondiente a los dos primeros pasos.



Tabla 2. Proporción de camas de internamiento en los servicios de Maternidad y Neonatología

Descripción	Cantidad	%
Total de camas	7641	100,0
Camas en sala de maternidad	1425	18,6
Camas de cuidados especiales de RN	612	8,0
Total de camas maternonatales	2037	26,7

Tabla 3. Indicadores de salud maternoperinatal en 31 hospitales

Indicador	Nº	%
Partos atendidos en 1995	100 063	
Control prenatal 1 o más		66,6
Control prenatal 4 o más		43,6
Cesáreas	20 524	20,5
Partos instrumentales	2171	2,2
Abortos	15 456	15,4
RN de peso bajo	6 741	6,7
RN deprimidos al nacer	4 313	4,3

Resultados

En la Tabla 1 presentamos la distribución de hospitales según las regiones naturales.

De los 31 hospitales, 25 correspondieron al MINSA, 3 al IPSS, 2 al sector integrado entre el MINSA y el IPSS y 1 al sector privado. Tres hospitales contaban con 50 camas o menos, 8 con 51 a 150 camas, 9 con 151 a 250 camas y 11 hospitales contaban con un número de camas superior a 250.

La Tabla 2 muestra que el 19% de las camas hospitalarias corresponde a la atención obstétrica, mientras que el 8% corresponde para cuidados especiales del neonato.

La Tabla 3 nos presenta que entre los 100 063 partos atendidos el año anterior a la encuesta en los 31 hospitales, el 66,6% tuvo 1 ó más controles prenatales y sólo el 43,6% presentó 4 ó más. La tasa promedio de cesárea fue 20,5%, la tasa de abortos 15,4%, recién nacidos de peso bajo 6,7% y RN deprimidos 4,3%.

De los 31 hospitales, unos pocos comunicaron su mortalidad materna en los tres últimos años, otros en los últimos dos años y la mayoría en el año inmediatamente anterior a la encuesta. Estos resultados pueden ser vistos en la Tabla 4, en donde advertimos que la tasa promedio nacional es 224,04 por 100 000 NV.

A nivel nacional, la hemorragia es la primera causa de muerte materna, seguida de la hipertensión inducida por el embarazo. Cuando agrupamos las diferentes causas de muerte materna, observaremos en la Tabla 5 que las causas directas son responsables casi del 85% de las defunciones y las indirectas casi del 15%. En los hospitales de Lima es la infección puerperal la causa más frecuente de muerte materna, mientras que en el resto del país, la hemorragia se constituye en la primera de todas. En los hospitales del MINSA la hemorragia es la primera causa de muerte, mientras que la HIE predomina en los hospitales del IPSS. La hemorragia es significativamente la mayor causa de muerte materna en los hospitales pequeños, mientras que la HIE predomina en los hospitales más grandes.



Tabla 4. Tasa de muerte materna y de muerte perinatal en 31 hospitales según cumplimientos de los Diez Pasos

Total de partos con nacido vivo	155 797
Total de muertes maternas	349
Tasa de MM (por 100, 000 NV)	224,04
Lima	120, 14
Resto del país	255,6
Por región natural	
Costa	147, 11
Sierra	145,36
Selva	728,00
por institución	
MINSA	243, 80
IPSS	53,23
Integrado	354,20
Privado	0,00
Por número de camas	
menor o igual a 50	278, 33
De 151 a 250	137, 54
Igual o mayor a 251	147, 23
	327,13

En el análisis del cumplimiento de los Diez Pasos para un Parto Seguro no se tomó en consideración los dos primeros pasos. En promedio hubo un total de 72,9% de cumplimiento de los 8 pasos evaluados y se vio claro que los tres últimos pasos, que tienen que ver con comunicaciones y transporte para resolver las referencias, el funcionamiento de los comités de mortalidad materna y perinatal y el apoyo comunitario son los menos desarrollados.

Tabla 5. Causas de muerte materna en 31 hospitales

Causas	Nº	%
Directas	294	85.5
Hemorragia	91	26.2
Hipertensión inducida por el embarazo	78	22.6
Infección puerperal	68	19.4
Aborto	57	16.3
Indirectas	55	15.5
Tuberculosis	6	1.6
Otras causas	49	13.9
Total	349	100.0

Tabla 6. Tasa de muerte materna y de muerte perinatal en 31 hospitales según cumplimiento de los Diez Pasos

Indicador	% de cumplimiento	
	Hospitales con más de 80% (7)	Hospitales con 80% o menos (24)
Tasa de MM (por 100, 000 NV)	103, 04	272, 72
Tasa de MP (por 1, 000 NV)	23, 48	30, 73



La Tabla 6 muestra la relación inversa que existe entre el nivel de cumplimiento de los Diez Pasos para un parto seguro y la mortalidad. Cuando los hospitales tuvieron un cumplimiento mayor de 80%, tanto la mortalidad materna como la perinatal mostraron sus tasas más bajas.

Discusión

En el marco del Plan de Emergencia para Reducir la Mortalidad Materna, la estrategia Diez Pasos para un Parto Seguro tiene el propósito de contribuir a reforzar la calidad y calidez en los servicios de atención materna y perinatal.

Esta primera autoevaluación involucró 31 hospitales, cuidando que sean representativos de los diferentes sectores y las diferentes regiones del país.

Si bien es cierto esta primera evaluación encuentra que el 18,6% de las camas hospitalarias corresponde a la atención obstétrica y el 8,0% a los cuidados especiales de Neonatología es de advertir que tres hospitales —el Instituto Materno Perinatal (Maternidad de Lima), el Hospital MadreNiño San Bartolomé y la Maternidad de María (Chimbote)— inclinan favorablemente la balanza hacia esta proporción, puesto que el grueso de sus camas hospitalarias son predominantemente maternas y neonatales, lo que afecta el promedio final. Debido a este comentario consideramos que la proporción de camas para la atención madreniño debe aumentar para satisfacer la demanda esperada.

La concentración de la consulta prenatal de 4 ó más apenas alcanza al 44% del total de parturientas, lo cual se debe revertir a corto plazo.

La tasa de cesárea se mantiene en promedio igual a recientes comunicaciones revisadas¹². Igualmente la tasa de aborto hospitalario de 15,4% no ha variado significativamente de acuerdo a lo publicado en los últimos años^{6,7}; pero es evidente que la tasa nacional es mayor, aunque ello no se refleje en las cifras hospitalarias⁸.

Llama la atención que las cifras de peso bajo al nacer (6,7%) sean más bajas de lo que se estima en otros informes. Ello puede ser consecuencia del subregistro.

La tasa de mortalidad materna encontrada en 224,04 por cien mil NV es aparentemente mayor a la publicada en 1988 para los hospitales del Perú³. Nos atrevemos a plantear la hipótesis que esto pudiera ser consecuencia de un mayor acceso de los casos graves de urgencias y complicaciones a los hospitales, lo que necesariamente ha incrementado la proporción de muertes encontradas. De otro lado consideramos que el registro ha mejorado en los últimos años y además la presente publicación se basa en la información obtenida hasta de tres años previos a la encuesta, a diferencia de la publicación de la referencia, que sólo consideró 6 meses de observación.

La tasa de muerte materna más alta que acusa la región de la selva puede ser consecuencia de los menores recursos disponibles para la atención de las complicaciones, del acceso tardío hacia los hospitales o de la insuficiente capacidad resolutoria de los mismos.

Se mantiene una tasa de muerte materna menor en los hospitales del IPSS, pero llama poderosamente la atención que en los hospitales integrados la mortalidad sea mayor que en los otros sectores, lo que pudiera estar reflejando una deficiente atención de la población no asegurada.

Es claro que las mayores tasas de mortalidad materna se encuentra en los hospitales más pequeños y en los más grandes. Puede explicarse que en los hospitales de 50 camas o menos sea consecuencia de la menor disponibilidad de recursos humanos capacitados, de las deficiencias de infraestructura y equipamiento; en tanto que en los hospitales mayores de 250 camas puede deberse a la mayor concentración de patología obstétrica.

La hemorragia continúa siendo la primera causa de muerte materna en los hospitales del Perú³; sin embargo, sorprende que sea seguida de la HIE y la infección, y que el aborto haya sido relegado al cuarto lugar. Esto último puede ser consecuencia de un mejor manejo de las complicaciones del aborto por parte de los profesionales de la salud y de condiciones de menos riesgo que pudieran estarse presentando en el aborto inducido.



Si la hemorragia continúa encabeizando la causalidad de la mortalidad materna, podemos explicarlo en gran medida por las deficiencias encontradas en los bancos de sangre³. La prevalencia de la HIE como causa de muerte la podemos atribuir a deficiencias en el control prenatal y en el manejo de casos severos de preeclampsia/eclampsia.

Los hospitales más pequeños tuvieron una proporción mayor de 50% de muertes atribuidas a la hemorragia, debido a que en ellos existe serios para ejecutar transfusiones de sangre.

Cuando examinamos el cumplimiento de los pasos para un parto seguro en los 31 hospitales observaremos que en promedio apenas se alcanza un 72,9%, lo cual revela que los hospitales del país requieren de un reajuste importante en sus actividades para la atención maternoperinatal.

No sorprende que los hospitales de la capital y los situados en la costa del Perú sean los que mayor puntaje obtienen, puesto que en el interior existe un menor grado de desarrollo de las instituciones de salud.

Queda claro que cuando los hospitales han alcanzado una evaluación superior al 80%, la tasa de mortalidad materna y la tasa de mortalidad perinatal son más bajas. Esto se explica porque estas instituciones también han alcanzado un mayor desarrollo en la atención materna y perinatal.

Referencias bibliográficas

1. Távara L. Hacia el desarrollo de programas de salud reproductiva: servicios en el área de salud materna. Reunión de expertos sobre la puesta en práctica de los programas de salud reproductiva en América Latina y El Caribe. LimaPerú: UNFPA, 37 noviembre 1997.
2. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996. Informe Principal, LimaPerú, junio 1997.
3. Cervantes R, Denegri J, Watanabe T. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. LimaPerú: Ministerio de Salud Sociedad Peruana de Obstetricia y GinecologíaOPS/OMS 1988, 218 p.
4. Távara L, Chumbe O. Evolución de la mortalidad materna en el Cono Sur de Lima. Tomo del Congreso. XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. LimaPerú: Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología 1994: 99104.
5. Maine D. Programas de reducción de la mortalidad materna: opciones y planteamientos. New York Center for Population and Family Health School of Public Health, Faculty of Medicine, Columbia University 1992, 61p.
6. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Materno Infantil y Población. El aborto en los establecimientos de salud del Perú. LimaPerú: Ed Graf 1981, 121 p.
7. Tang L y col. El aborto en el Perú. Ginecol Obstet (Perú) 1992; 38(13): 7881.
8. The Alan Gutmacher Institute. Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. New York: The Alan Gutmacher Institute 1994, 32p.
9. Ministerio de Salud. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 19962000. LimaPerú: Dirección de Programas Sociales 1996, 57p.
10. Ministerio de Salud. Proyecto Maternidad Segura: Iniciativa Diez pasos para un Parto Seguro. Lima-Perú 1996.
11. Ministerio de Salud. Iniciativa Diez Pasos para un Parto Seguro: Manual de Autoevaluación de Hospitales. LimaPerú: Ministerio de SaludUNICEF 1997, 39p.
12. Távara L, Parra J, Chumbe O y col. Epidemiología de la cesárea en el Perú. Tomo del Congreso. XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima-Perú: Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. 1994: 53-60.