



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 2004; 50 (2) : 97-100

MORTALIDAD MATERNA. EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

[Jorge Díaz¹](#), [Jorge Luis Salvador](#), [Francisco Hidalgo](#)

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la variación en el tiempo del tipo de muerte materna y las patologías responsables. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos, en base a datos de todos los casos de muerte materna ocurridas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre 1998 y 2001. **RESULTADOS:** Se registró 12446 nacidos vivos y 14 muertes maternas, obteniéndose una tasa de muerte materna de 112,5 por 100 nacidos vivos. El principal tipo de muerte materna fue la indirecta, con 57,1% (8 casos), siendo la causa principal el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en 21,4% (3 casos). La muerte directa representó 42,9% (6 casos), predominó el aborto séptico con 28% (4 casos). En los últimos dos años ocurrió solo un caso de muerte materna de tipo directa causada por eclampsia; sin embargo, ocurrieron cinco casos de muerte materna de tipo indirecta, 3 de ellas por SIDA. **CONCLUSIÓN:** La mortalidad por causas tuvo un comportamiento irregular, con una tendencia al descenso en las causas directas y un incremento marcado en las indirectas.

Palabra clave: Mortalidad materna, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, aborto séptico.

ABSTRACT

OBJECTIVE.- To determine the variation in type of maternal death and associated pathologies. **MATERIAL AND METHODS:** Retrospective descriptive case series study, including all maternal deaths occurring at Cayetano Heredia National Hospital from 1998 through 2001. **RESULTS:** Twelve thousand four hundred and forty four living newborns and 14 maternal deaths were registered with a maternal mortality rate of 112,5 by 100 living newborn. The main type of maternal death was the indirect with 57,1% (8 cases) and the main pathology associated was acquired immune deficiency syndrome (AIDS) in 21,4% (3 cases). The direct maternal deaths represented 42,9% (6 cases). In the last two years just one direct maternal death by eclampsia has occurred as well as 5 cases of indirect maternal deaths, 3 due to AIDS. **CONCLUSION.-** The



type of maternal death showed an irregular behavior with a descending tendency in direct causes and increment in the indirect ones.

Key words: Maternal mortality, Acquired immune deficiency syndrome, septic abortion

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un problema de constante y creciente preocupación. Este indicador del estado de salud de un país no ha variado en las últimas décadas en nuestros pueblos. UNICEF informa que cada año 585000 mujeres pierden la vida en el mundo, como consecuencia de complicaciones que se presentan en el embarazo, parto y puerperio. El Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América informa desde 1982 una tasa de 7,5 muertes maternas por 100 nacidos vivos, cifra que permanece estable, mientras que en África la UNICEF calcula una tasa de 1020 por 100000 nacidos vivos, variando de acuerdo a las regiones. Como muestra, un estudio realizado en dos regiones urbanas de Senegal -Saint Louis y Koalack- observó tasas de 874 y 151 por 100 nacidos vivos, respectivamente .

En 1996, ENDES reportó una tasa de 247 por 100 nacidos vivos, cifra que va desde 100 en Lima a 500 en Puno. La tasa de mortalidad materna en el Perú, según Endes 2000, es 185 por 100 nacidos vivos. Esto ocurre principalmente en mujeres de estratos socioeconómicos bajos.

En 1988, un estudio de la mortalidad materna en los hospitales del Perú presentó una tasa de 165 por 100 nacidos vivos, En 1999, en una revisión de 31 hospitales de la costa, sierra y selva, se encontró una tasa de muerte materna de 224,04 por 100 nacidos vivos, siendo la hemorragia la causa más importante. Lo cual muestra que, en la última década no hemos mejorado en forma significativa nuestro índice de mortalidad materna.

La identificación y categorización de muerte materna es importante, porque la mayoría de ellas puede ser evitada.

El interés de nuestra publicación es dar a conocer cómo está variando en el tiempo el tipo de muerte materna y las patologías responsables en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, para lograr una mejor orientación de los escasos recursos disponibles.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un estudio descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, de todas las muertes maternas que ocurrieron entre 1998 y 2001.

Se definió como muerte materna a aquellas ocurridas durante el embarazo, el parto o el puerperio, dentro de los 42 días de terminado el embarazo.



Se revisó las historias clínicas de las pacientes fallecidas, los reportes de sala de partos y de operaciones, los datos del sistema informático perinatal y los informes de las transferencias de otras instituciones.

Se consideró en la base de datos, nombre, historia clínica, edad, tipo de muerte materna, causa básica de muerte, fecha de ingreso, fecha de fallecimiento, traslados, intervenciones, término de la gestación, edad gestacional, periodo de ocurrencia de la muerte.

Se estudió las causas, para lo cual se utilizó la clasificación internacional de la OMS de causa directas e indirectas y no relacionadas 7. No se realizó autopsias.

Se calculó la tasa de mortalidad materna como el número de muertes maternas por 100000 nacidos vivos (razón de mortalidad materna).

RESULTADOS

En el Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre 1998 y 2001, se registró 12446 nacidos vivos y 14 muertes maternas, obteniéndose una tasa de muerte materna de 112,5 por 100 nacidos vivos. Tabla 1.

Tabla 1. Tasas de mortalidad materna. Hospital Nacional Cayetano Heredia 1998 – 2001					
Año	1998	1999	2000	2001	Total
• Muerte materna	3	5	1	5	14
• Nacidos vivos	3302	3289	3105	2750	12446
• Tasa x 100,000					
• NV	91	152	32	182	122,3
• Nacimientos	3372	3308	3161	2786	12627

La edad promedio fue 31,3 (rango de 20 a 41 años), la mayoría (64,4%) entre 20 y 34 años, el 28,6% mayor de 35 años.

El 71,4% de las pacientes provenía del cono norte (San Martín de Porres, Comas, Independencia), 21,4% del cono este (San Juan de Lurigancho) y una de Pativilca (7,1%).

El principal tipo de muerte materna fue la indirecta con un 57,1% (8 casos), siendo la principal causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en 21,4% (3 casos). La muerte directa representó 42,9% (6 casos), predominando el aborto séptico con 28% (4 casos). Tabla 2.

**Tabla 2. Tipo y causa básica de muerte**

Causa	N	%
• Directa	6	42,9
- Hemorragia	1	7,1
- Eclampsia	1	7,1
- Aborto séptico	4	28,6
• Indirecta	8	57,1
- Sida	3	21,4
- Tuberculosis pulmonar	1	7,1
- Cardiopatía	1	7,1
- Apendicitis aguda complicada	1	7,1
- Neumonía	1	7,1
- Cáncer generalizado	1	7,1
Total	14	100

En los últimos dos años ocurrió sólo un caso de muerte materna de tipo directa, causada por eclampsia; sin embargo, ocurrieron 5 casos de muerte materna de tipo indirecta, 3 de ellas por SIDA, Tabla 3.

Tabla 3. Tipos y distribución por años

Año	Directa	Indirecta	Total
• 1998	2	1	3
• 1999	3	2	5
• 2000	0	1	1
• 2001	1	4	5
Total	6	8	14

El tiempo de permanencia hospitalaria hasta la ocurrencia de la muerte de la paciente fue menor de 24 horas en 28,6%; de uno a dos días, 21,4%; de tres a cinco días, 21,4% y más de cinco días, 28,7%. El período más corto correspondió a una paciente con aborto séptico y falla multiorgánica, con una hora. Hubo estancias prolongadas de 30 días en una con tuberculosis pulmonar y en otra con sida. Tabla 4.

Tabla 4. Tendencias de la mortalidad materna por causas en los últimos 4 años

Años	Tasa causas directas	Tasa causas indirectas	Tasa global
• 1998	61	30	91
• 1999	91	61	152
• 2000	0	32	32
• 2001	37	145	182
• 1998-2001	48	64	112

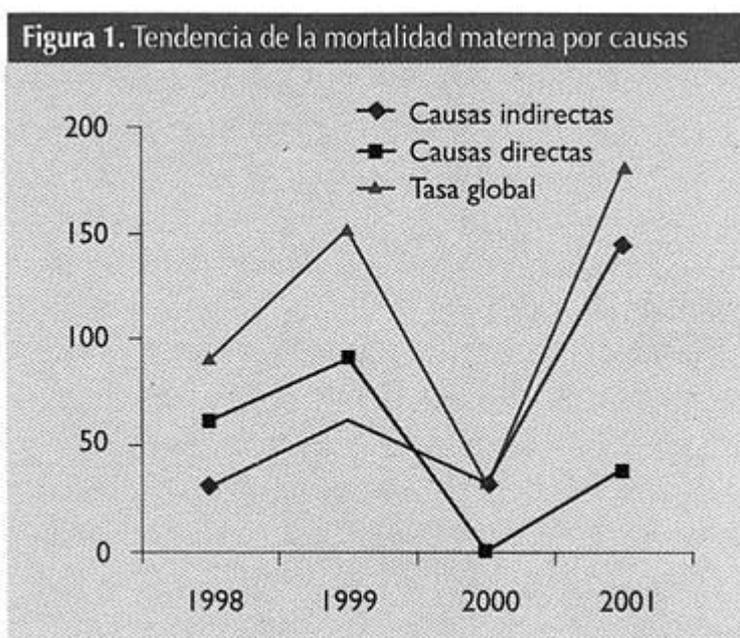


Considerando el momento de ocurrencia de la muerte, 57, 1 % de los casos ocurrió en el puerperio, 14,3% (2 casos) durante la gestación, 28,6%(4 casos) fueron abortos.

En tres pacientes con aborto séptico se realizó histerectomía más salpingooforectomía bilateral. La terminación de la gestación en 7 pacientes fue por cesárea, en tres de las cuales se realizó cesárea histerectomía; existió una paciente con parto vaginal domiciliario. Dos pacientes fallecieron durante la gestación, una de 18 semanas; en el otro caso no se pudo precisar el tiempo exacto de gestación (primer trimestre por examen clínico), ya que la paciente llegó en coma a la emergencia con diagnóstico de sida, falleciendo a las tres horas.

Con relación a la edad gestacional, 14,3% fue a término, pretermino en 42,8%, con gestación no viable -14,3% y abortos 28,6%.

En el período en referencia, la mortalidad materna por causas tuvo un comportamiento irregular, con una tendencia al descenso en las causas directas y un aumento marcado en las indirectas. Tabla 4 y Figura, 1.



DISCUSIÓN

La última publicación de nuestro hospital sobre muerte materna (1985-1992) muestra una tasa elevada de 210,2 por 100 nacidos vivos. La tasa de 112,5 por 100 n.v. obtenida en nuestra serie sigue siendo alta comparada con lo reportado en otros hospitales de Lima -42,6 del Hospital Nacional Eduardo Rebagliati Martins (HNERM) y 36,67 en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé(HNDMNSB) 11,12. En los últimos reportes de tasa en los hospitales del Perú, encontramos que el resultado es similar (120,14 por 100 n.v.) en los hospitales de Lima y es menor que lo hallado (255,66 por 100 n.v.) en los hospitales del resto del país.



El 80% de las muertes maternas a nivel mundial son atribuidas a 5 causas directas: hemorragia 25%, sepsis 15%, aborto no seguro 13%, preeclampsia-eclampsia 12%, parto obstruido 8%. Mientras que las muertes indirectas se deben a condiciones que, en asociación con el embarazo, precipitan el resultado fatal; por ejemplo, malaria, hepatitis y cada vez más sida. Esto se ha venido repitiendo en diferentes trabajos publicados de los hospitales de Lima. El HNERM, EsSalud, refiere causa directa en 71,7%, con predominio de preeclampsia-eclampsia y hemorragias; el HNDMNSB, en 1999 reportó como principal causa a las hemorragias seguida de infecciones. A nivel nacional, se reporta el predominio de las causas directas, 85%, principalmente las hemorragias, seguidas de la preeclampsia-eclampsia y la infección. En el último trabajo publicado en nuestro hospital se mantiene esta tendencia. La causa directa fue responsable en 86,6%, siendo la primera causa entre ellas las infecciones, seguidas de la hipertensión y las hemorragias.

El estudio muestra que la tasa de muerte materna por hemorragia ha disminuido a 7%, mucho menor que lo mostrado en la literatura nacional, lo que se explicaría por un manejo clínico quirúrgico oportuno y adecuado de las pacientes con estos cuadros, además de contar con un eficiente banco de sangre.

En nuestro hospital, el aborto sigue siendo la primera causa de muerte materna (28,6%), disminuye ligeramente (32%) con lo comunicado anteriormente. El Hospital María Auxiliadora lo tiene en 23% como causa de muerte materna. La tasa de aborto no ha variado en el resto de los hospitales del Perú, manteniéndose entre 15,4% y 16,3% como causa de muerte materna. Es importante mencionar que el aborto séptico en nuestro hospital ha sido señalado como causa de muerte materna hasta el año 1999. Su ausencia en los últimos años podría deberse a la introducción en la comunidad del misoprostol como inductor del aborto del primer trimestre.

En el periodo de estudio se aprecia con claridad el viraje de la muerte materna hacia el tipo indirecto, lo que constituye una diferencia sustancial con otros reportes. El VIH-sida está aumentado como causa básica de muerte en los Estados Unidos de América. En nuestro Hospital, el sida ha pasado a formar parte de las causas importantes de muerte materna; en los últimos años representa 21,6%.

La muerte materna por enfermedades como tuberculosis pulmonar, sigue siendo importante en nuestro hospital con 7, 1%, además de las cardiopatías congénitas 7, 1 %, cifras que se mantienen en los hospitales del Perú,

Para explicar este cambio, se requiere de un estudio más amplio y detallado de la morbilidad y mortalidad materna, en donde se pueda identificar sus causas y evaluar las diferentes instancias involucradas, entre las que tenemos a la comunidad, las redes de salud, los hospitales, los recursos tecnológicos y los recursos humanos.

1 Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Peruana Cayetano Heredia

Correspondencia



Dr. Jorge DíazHerrera
E-mail: jdiazh@upch.edu.pe

BIBLIOGRAFÍA

1. UNICEF. El Progreso de las Naciones. 1ª ed. New York: UNICEF-OMS. 1996: p54.
2. MMWR. Maternal mortality, United States, 1982-1996. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1998; 47(34): 705-7.
3. World Health Organization - UNICEF. Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach. 1ª ed. Geneva: WHO. 1996.
4. Bernist L, Dumont A, et al. Maternal morbidity and mortality in two different populations of Senegal: a prospective study (MOMA survey). *Biog* 2000; 107:68-74.
5. INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar 1996. Informe Principal, 1ª ed. Lima (Perú): INEI. 1997.
6. INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar 2000, Informe Principal. 1ª ed. Lima (Perú): INEI. 2001.
7. Cervantes R, Denegri J, Watanabe T. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú, 1ª Edición. Lima (Perú): Minsa-SPOG-OPSIOMS. 1988: p218.
8. Távara L, Sacsá D, Frisancho O, y col. Estado Actual de la mortalidad materna en los hospitales del Perú. *Ginecol Obstet (Perú)* 1999; 45 (1): 38-4.
9. Ministerio de Salud. Iniciativa diez pasos para un parto seguro: manual de autoevaluación de hospitales. 1ª ed. Lima (Perú): MINSA - UNICEF, 1997.
10. Castro R. Mortalidad materna en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (1985-1992). Estudio caso control (Tesis Bachiller en Medicina). Lima, Perú: UPCH. 1994.
11. Villar A, Romero N, y col. Mortalidad materna en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 1991-1999. *Ginecol Obstet (Perú)* 2000; 46: 320-4.
12. Farro A, Pacheco J. Mortalidad Materna: Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. *Ginecol Obstet (Perú)* 2003; 49 (1): 18-31.
13. Chumbe O, Molina N, y col. Diez años de mortalidad materna en el Hospital María Auxiliadora: análisis de las causas. 1999, *Ginecol Obstet (Perú)* 1997; 43: 216-21
14. Panting-Kemp A, Seller S, et al. Maternal deaths in an urban perinatal network, 1992-1998. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183 (5): 1207-12