

## MUERTE MATERNA INTRAHOSPITALARIA

Análisis de 269 casos de los Hospitales del Ministerio de Salud (1)

*Dr. René Cervantes Begazo \*, Srta. Teresa Watanabe Varas \**

### COLABORARON EN EL PRESENTE TRABAJO

*Dr. Hernán Farje Godoy \*, Dr. Juan Denegri Arce \*, Dr. Rodolfo Gonzáles Enders, Dr. Eduardo Maradique, Dr. Daniel Gutiérrez Trucíos, Dr. Pablo Orellano Pino, Srta. Vilma Gallo Chávez \*. Srta. Luisa Parra Silva y Sra. Lindaura Liendo L. \**

### RESUMEN

*Se realiza un análisis descriptivo de 269 muertes maternas, aproximadamente el 95% de todas las muertes de este tipo acaecidas en los Hospitales del Ministerio de Salud en 1983. Se encontró que la sepsis, la hemorragia y el aborto ocupan los 3 primeros lugares; que mueren más mujeres jóvenes, primigestas con estudios elementales y que más del 35% de las muertes se produjo antes de cumplir 24 horas en el hospital.*

*Son destacables la persistencia de la participación empírica como factor generador o agravante del problema y el aumento del aborto inducido como causal de muerte.*

*Se hacen sugerencias para la prevención del problema.*

### SUMMARY

*269 Maternal deaths occurred at the Ministry of Health Hospitals during 1983 (95% of all deaths of this type) were analyzed.*

*Sepsis, hemorrhage and abortion, were found the three main causes of maternal death. Primigestas, young women with only elementary instruction, dying within 24 hours after admission to the Hospital, were the most frequent finding.*

*The authors wish to remark the empirical attention and the role of the induced abortion as important factors in maternal death in Peru. The authors also, make some suggestions to contribute to the prevention of this type of death.*

### INTRODUCCION:

El estado de salud de la población de nuestro país, sigue siendo insatisfactorio con grandes riesgos de enfermar y morir, estos riesgos inciden fundamentalmente en la población materno - infantil cuyas tasas de mortalidad son elevadas.

Siendo la mortalidad materna sumamente trascendente en los ámbitos de la familia y de la sociedad, tanto que podría considerarse como uno de los indicadores del grado de desarrollo de un país el estudio periódico de sus causas y factores condicionantes es de

(1) Trabajo presentado en el 8º Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Arequipa, Perú. Marzo 1985.

\* Profesor principal del Dpto. de Obstetricia y Ginecología de la U.N.M.S.M.

\* Enfermera de la Dirección de Salud Materno Infantil y Población del Ministerio de Salud.

\* Miembros del equipo de Investigación sobre Mortalidad Materna y Perinatal Intrahospitalaria - Año 1985.

enorme trascendencia para reorientar y priorizar las acciones de salud, especialmente, en el campo de la atención pre-natal, del parto y del puerperio con el fin de reducir las elevadas tasas de mortalidad.

El Ministerio de Salud del Perú, con la participación de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y el apoyo de la OPS/OMS, ha iniciado una investigación sobre la Mortalidad Materna en el Perú con el propósito de elaborar un diagnóstico del problema que permita el establecimiento de acciones técnico-normativas y ejecutivas para la atención materno-infantil. El presente trabajo constituye la etapa preliminar de la primera fase del estudio: "Mortalidad Materna Intrahospitalaria en el Perú" y se basa en un estudio descriptivo de las muertes maternas ocurridas en los hospitales del Ministerio de Salud durante el año 1983.

#### MATERIAL Y METODOS:

El material utilizado en el presente trabajo está constituido por la información obtenida de las Historias Clínicas de las muertes maternas acaecidas en los hospitales del Ministerio de Salud del Perú durante el año de 1983 y muy ocasionalmente de los certificados de defunción correspondiente.

La información general en cuanto al número de nacidos vivos y número de muertes fue proporcionada por los funcionarios pertinentes en cada una de las Regiones de Salud del país. En algunas regiones y por diversas circunstancias, no pudo obtenerse la totalidad de las historias de muerte materna reportadas oficialmente. En algunas regiones tuvo que eliminarse algunas historias por no corresponder a muertes maternas según la definición de la OMS, y en otras se encontraron más historias de las reportadas oficialmente.

Luego de la depuración, se obtuvieron 269 historias clínicas, las cuales fueron analizadas desde el punto de vista de los siguientes parámetros:

- Número de casos de muerte según Regiones de Salud.
- Edad materna.
- Gravidéz.
- Ocupación.
- Grado de instrucción.
- Forma de terminación del embarazo.
- Intervalo entre el ingreso al hospital y la muerte.
- Causas de muerte materna: Directa e indirecta.
- Formas clínicas de cada uno de los grandes grupos de muerte materna directa.

- Factores asociados a las causas de muerte.
- Participación empírica.

En la mayoría de los casos la recolección de la información se realizó directamente de las copias fotostáticas de las historias clínicas obtenidas en las sedes de las regiones de salud por el equipo de investigadores y sus colaboradores; en otros casos, muy pocos, las historias fueron remitidas por correo.

En el presente trabajo se ha utilizado la definición de muerte materna de la OMS, a saber:

#### *Mortalidad Materna:*

Se debe incluir la muerte de toda mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días completos de terminado el embarazo (independientemente de su localización o duración), de cualquier causa relacionada o agravada por la gestación o por su manejo. Se excluyen las muertes atribuidas a causas accidentales o incidentales:

1. *Mortalidad Materna de causa obstétrica directa:* Está constituida por las muertes que resultan de complicaciones del embarazo, parto y puerperio por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o por eventos por ellos desencadenados.
2. *Mortalidad Materna de causa obstétrica indirecta:* Está constituida por las muertes que resultan de enfermedades pre-existentes o enfermedades que se desarrollan durante el embarazo y que no son debidas a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Los resultados del presente trabajo se presentan en forma de cuadros y gráficas de análisis porcentual.

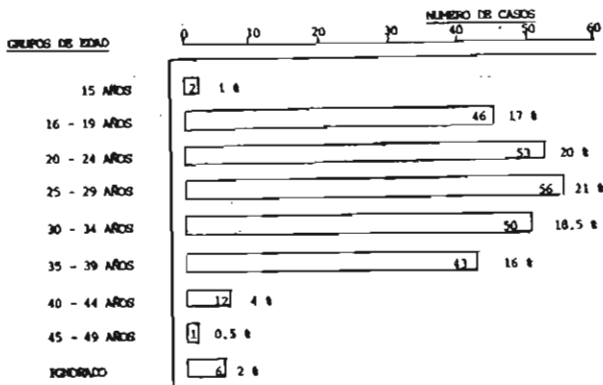
#### RESULTADOS:

Las 17 Regiones de Salud del país informaron oficialmente de la ocurrencia de 262 muertes maternas y 155,730 recién nacidos vivos durante el año de 1983; pero las muertes analizadas en este estudio alcanzaron a 269; en algunas Regiones el número de muertes analizadas fue mayor que el informado y en otras, por diversas circunstancias, fue menor. Cuadro N° 1.

*Edad:* El grupo etario en el cual se produjo el mayor número de muertes fue el de 25 a 29 años y luego en el de 20 a 24 que en conjunto constituyeron el 41% del total de casos, impresionando el número de muertes en el grupo de 16 a 19 años. Gráfica 1.

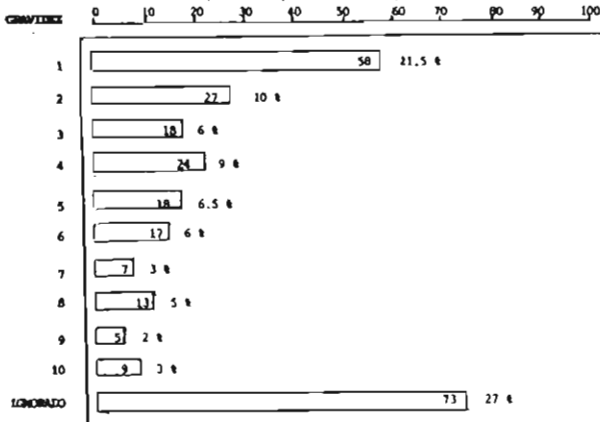
GRAFICA N° 1

MUERTE MATERNA SEGUN EDAD



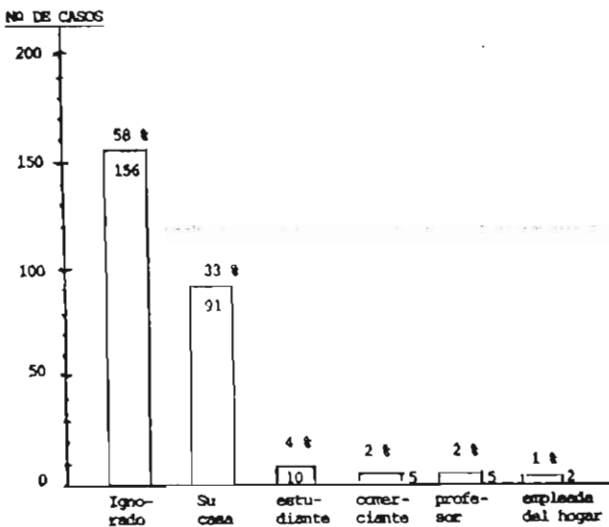
GRAFICA N° 2

MUERTE MATERNA SEGUN GRAVIDEZ



GRAFICA N° 3

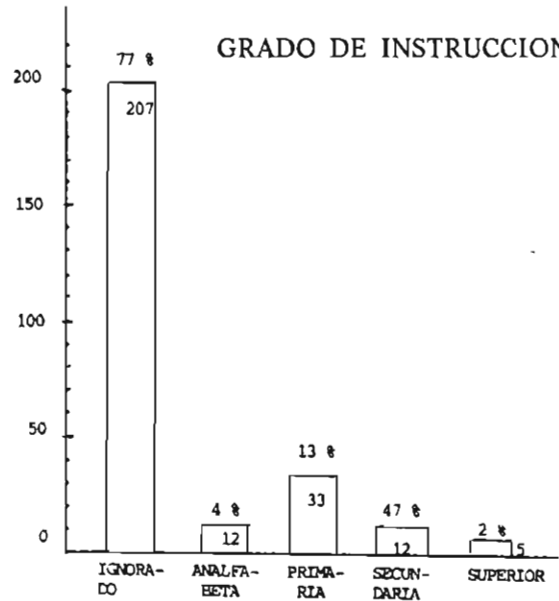
OCUPACION



NO DE CASOS

GRAFICA N° 4

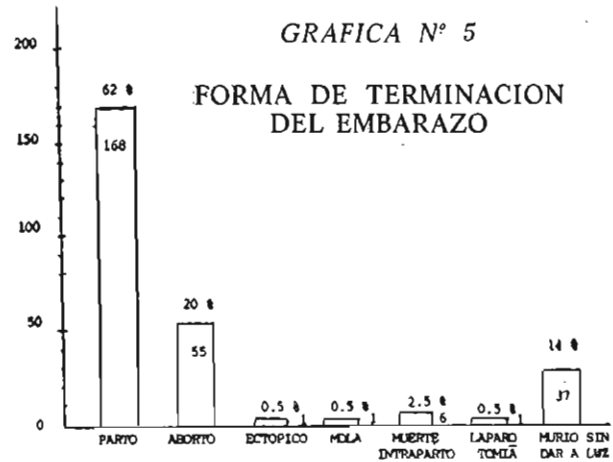
GRADO DE INSTRUCCION



NO DE CASOS

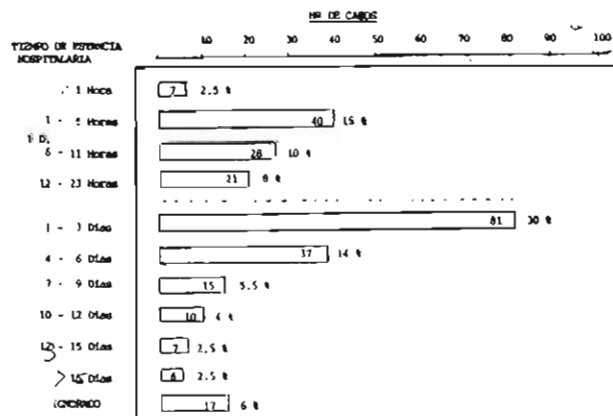
GRAFICA N° 5

FORMA DE TERMINACION DEL EMBARAZO



GRAFICA N° 6

INTERVALO ENTRE EL INGRESO AL HOSPITAL Y LA MUERTE



CUADRO N° 1

MUERTES MATERNAS REGISTRADAS, MUERTES  
MATERNAS ANALIZADAS Y RECIEN NACIDOS  
VIVOS SEGUN REGIONES DE SALUD

Regiones de Salud	Muertes Reportadas	Muertes Analizadas	Nacidos Vivos
I Piura-Tumbes	37	35 (- 2)	7,381
II Lambayeque- Amazonas	8	10 (+ 2)	4,544
III Cajamarca	4	5 (+ 1)	2,182
IV La Libertad	20	15 (+ 5)	7,937
V Ancash	1	4 (+ 3)	4,138
VI Lima	59	50 (- 9)	60,035
VII Ica	10	7 (- 3)	8,529
VIII Arequipa	9	13 (+ 4)	9,652
IX Tacna-Moquegua	7	6 (- 1)	2,836*
X Puno	10	16 (+ 6)	2,025*
XI Cuzco-Apurímac	11	15 (+ 4)	5,594*
XII Ayacucho	13	10 (- 3)	2,163
XIII Junín Huancayo	13	24 (+ 11)	6,738*
XIV Huanuco	20	18 (- 2)	7,971
XV San Martín	7	7	2,837
XVI Loreto	16	16	5,652
XVII Callao	17	18 (+ 1)	15,516
<b>TOTAL</b>	<b>262</b>	<b>269</b>	<b>155,730</b>

## \* INFORMACION INCOMPLETA

( ) Las cifras entre paréntesis corresponden a los casos cuyas H.C. no fueron ubicadas (-); y a las H.C. de casos no informados pero identificados por los investigadores (+).

**Gravidez:** Lamentablemente, en cerca del 30% de historias, no pudo identificarse la gravidez, ni paridad, pero en las que se consiguió este dato pudo notarse una neta predominancia de las primigestas. Gráfica 2.

**Ocupación:** Igualmente, en el 58% de los casos no se consiguió la ocupación, pero entre aquellos que si figuraba predominaron las mujeres ocupadas en los quehaceres del hogar. Gráfica 3.

**Grado de instrucción:** Como en el anterior rubro, el 77% de los casos no registraron el grado de instrucción, en el resto predominó el nivel primario de instrucción probablemente incompleta. Es de suponer, de acuerdo a la tendencia que en el grupo sin información, haya predominado también al nivel primario de instrucción. Gráfica 4.

**Forma de terminación del embarazo:** Es destacable el hecho que el 20% de las pacientes terminaron su embarazo por aborto, en su mayoría inducido como

CUADRO N° 2

HEMORRAGIAS DEL EMBARAZO  
PARTO Y PUERPERIO

	Casos
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	18
Retención de placenta	14
Rotura uterina	12
Atonia uterina	5
Placenta previa	4
Embarazo ectópico roto	1
Desgarro de cuello	1
Placenta acreta	1
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>

CUADRO N° 3

## FACTORES ASOCIADOS

<i>Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta</i>	
E. P. H. gestosis	3
Malaria	1
Versión interna	1
Situación transversa prolapso de mano	1
No registrado	12
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>
<i>Retención de placenta</i>	
Atención por empírica	11
Atención por sanitario	1
Desgarro de cuello	1
No registrado	1
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>

señalaremos más adelante, es también significativo que 37 casos (14%) muriera sin dar a luz. Gráfica N° 5.

**Intervalo entre el ingreso al hospital y la muerte:** Más del 35% de las pacientes murieron antes de cumplir 24 horas en el hospital y de este grupo aproximadamente el 50% lo hizo antes de cumplir 6 horas. Un reducido número permaneció más de 15 días antes de morir. Gráfica N° 6.

CUADRO Nº 4

FACTORES ASOCIADOS

Rotura Uterina	Casos	Manipulación Empírica		
		Si	No	Ignorado
Situación transversa (cesárea)	3	1	2	0
Situación transversa (versión Int. y Ext.)	3	1	2	0
Cesárea anterior	1	0	1	0
Parto distósico	2	2	0	0
Incompatibilidad céfalo-pélvica	1	0	0	1
No registrado	2	1	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

*Atonía Uterina*

E.P.H. Gestosis (eclampsia)	1	(1)
Gran múltipara	1	
No registrado	3	(1)
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>(2)*</b>

\* CON MANIPULACION EMPIRICA

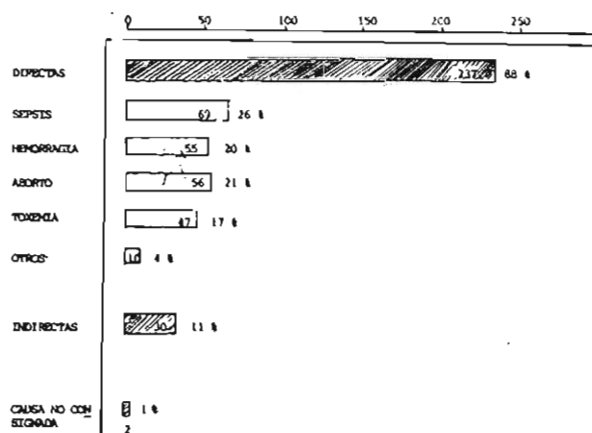
*Muerte materna por causas:* La Gráfica Nº 7 muestra las muertes maternas directas e indirectas agrupadas en grandes rubros, así como 2 casos en los cuales no se consignó la causa de muerte aunque sí el estado de gravidez y el fallecimiento dentro del hospital. El 88% de las muertes fueron por causas directas (MOD) y el 11% por causas indirectas (MOI). En el primer grupo predominó la Sepsis del parto y puerperio con el 26% seguido de la hemorragia del embarazo, parto y puerperio con el 21% y del aborto en todas sus formas con el 20%.

*Hemorragias del embarazo, parto y puerperio:* El Cuadro Nº 2 muestra los diferentes tipos de patología que produjeron hemorragia, predominando el Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, la retención de placenta y la rotura uterina.

*Factores asociados:* Es interesante el análisis de lo que hemos llamado factores asociados a las causas básicas de muerte, es decir los factores de una u otra forma han tenido incidencia en la génesis de la causa

GRAFICA Nº 7

MUERTE MATERNA POR CAUSAS



CUADRO Nº 5

FACTORES ASOCIADOS

*Placenta Previa*

Situación transversa - versión externa a podálica	1*
Pre-eclampsia	1
No registrado	2
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>

\* CON MANIPULACION EMPIRICA

*Desgarro de cuello*

Prolapso de mano (2º gemelar) versión interna (sin manipulación empírica)	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>

*Placenta Acreta*

No registrado	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>

que condujo a la muerte, enfocados desde el punto de vista de la atención profesional o empírica del parto.

*Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta:* En este rubro, como se aprecia en Cuadro Nº 3, predominaron los casos sin registro de factores asociados, aunque en los 6 que los consignaron, predominó la E.P.H. gestosis o Toxemia.

CUADRO N° 6

## ABORTO

Manifestación Clínica	N° de Casos
Aborto séptico	24
Pelvi-peritonitis	13
Septicemia	11
Shock hipovolemico	4
Tétanos	2
Mola hidatidiforme	1
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>

CUADRO N° 7

## TIPO DE ABORTO

Tipo	Complicación	
	Hemorragia	Infección
Inducido	3	32
Probablemente inducido	0	9
Espontáneo ?	1	0
Espontáneo Diu?	0	1
Mola hidatidiforme	1	0
No registrado	1	7
	6	49
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	

**Retención de Placenta:** En el mismo Cuadro podemos apreciar que la atención por empírica se asoció a la mayoría de los casos de retención de placenta.

**Rotura Uterina:** Si examinamos los factores asociados en el caso de la rotura uterina (Cuadro N° 4) podemos apreciar que la situación transversa, en muchos casos con escape de mano, condicionó la rotura en la mitad de los casos, ya sea por manipulación empírica, por evolución espontánea o por versión interna y extracción practicada en el Hospital como solución al problema. En el mismo cuadro se muestran los factores asociados a la Atonía Uterina.

**Placenta Previa, Desgarro de Cuello y Placenta Acreta:** El Cuadro N° 5 muestra los factores asociados para los 3 grupos de causas de hemorragia mencionados.

**Aborto:** Incluyendo dos casos de Tétanos 50 de

CUADRO N° 8

## SEPSIS DEL PARTO Y PUERPERIO

Patología	Casos		
Sepsis puerperal	29		
Endometritis puerperal	21		
Endometritis puerperal (coridamnionitis)	5		
Pelvi-peritonitis	6		
Septicemia	5		
Tétanos	2		
Shock séptico	1		
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>		
	Si	No	Ignorado
Manipulación empírica	18	48	3
	Vaginal	Cesárea	No dió a Luz
Tipo de parto	31	33	5

los 55 casos de aborto registrados, condicionaron infección catalogada de diferentes formas como se aprecia en el Cuadro N° 6. Sólo 4 casos condicionaron hemorragia sin infección y un caso, condicionó hemorragia por Aborto molar.

**Tipos de abortos:** En el Cuadro N° 7 se aprecia que 41 de los 49 casos de aborto que se presentaron con sintomatología de infección, fueron inducidos o probablemente inducidos.

**Sépsis del parto y del puerperio:** El Cuadro N° 8 muestra los 69 casos de esta causa de muerte según el tipo clínico de infección, predominando los casos consignados como sépsis puerperal y endometritis puerperal, se aprecia también 2 casos de tétanos y 1 de shock séptico.

Es de notar que en 18 de los 69 casos hubo manipulación empírica y que más de la mitad de los partos en esta causa de muerte fueron por cesárea.

**Factores asociados a la sepsis:** Como en el caso de las hemorragias, el registro de los factores asociados a la sepsis como causa de muerte, mostró a la ruptura prematura de membranas y a la situación transversa con prolapso de mano, como los factores más frecuentes, aunque el número de casos en los cuales no se registró ningún factor asociado es también elevado. Cuadro N° 9.

CUADRO N° 9

SEPSIS DEL PARTO Y PUERPERIO  
FACTORES ASOCIADOS

Patología	N° de Veces registrado
Situación transversa con prolapso de mano	12
Ruptura prematura de membranas	11
Cesárea (sin otro factor)	8
Anemia severa	4
Retención de restos	2
Trabajo de parto prolongado	2
Parto distócico (sin especificación)	2
Desproporción céfalo pélvica	1
Situación transversa	1
Podálica	1
Post madurez	1
No registrado	32

CUADRO N° 10

## E.P.H. GESTOSIS

Forma Clínica	Casos
Eclampsia antepartum	12
Eclampsia intrapartum	5
Eclampsia postpartum	25
Pre-eclampsia severa	3
Toxemia (sin especificación)	2
TOTAL	47

*E. P. Gestosis (Toxemia):*

*Formas Clínicas:* El Cuadro N° 10 muestra que de los 47 casos de esta patología, 40 se presentaron como eclampsia en su gran mayoría, post parto.

*Causa de muerte:* El Cuadro N° 11 presenta las causas de muerte en la E.P.H. gestosis o Toxemia, notándose la predominancia de la insuficiencia cardíaca y de la hemorragia cerebral, aunque en 19 de los casos, no se registró la causa terminal de la muerte.

*Otras causas directas:* En este rubro fueron agrupados 10 casos, destacando el shock anestésico como la principal causa, Cuadro N° 12.

*Causa indirectas:* El Cuadro N° 13 registra una miscelánea de causas indirectas de muerte materna que

CUADRO N° 11

## E.P.H. GESTOSIS

Causas de Muerte	Casos
Insuficiencia cardíaca	10
Hemorragia cerebral	12
Insuficiencia renal	2
Insuficiencia hepática	1
Hemorragia por ruptura de cápsula hepática	1
Meningo encefalitis (?)	1
Otro	1
No registrada	19
TOTAL	47

CUADRO N° 12

## OTRAS CAUSAS DIRECTAS

Otras Causas Directas	Casos
Shock anestésico	6
Embolia del líquido amniótico	1
Tromboembolia	1
Hipertensión severa	1
Neumonía basal post-cesárea	1
TOTAL	10

alcanzó a la cifra de 30 casos. El listado en orden descendente de acuerdo al número de casos es encabezado por las neumopatías y cardiopatías.

*DISCUSION:*

El somero estudio descriptivo de los 269 casos de muerte materna acaecidos en el año de 1983 en los hospitales del Ministerio de Salud del Perú y que representa aproximadamente el 95% de todas las muertes ocurridas en ese lapso, permite algunas reflexiones; así podemos apreciar que proporcionalmente mueren más mujeres jóvenes, primigestas, ocupadas en los quehaceres del hogar y con estudios elementales, aunque lamentablemente muchas historias (27%) no consiguen gravidez ni paridad. Es destacable también el hecho que 20% de las gestaciones terminaran en abor-

**CUADRO N° 13**  
**CAUSAS INDIRECTAS**

<i>Causas Indirectas</i>	<i>Casos</i>
Neumopatías	6
Cardiopatías	4
T. B. C.	3
Tumor cerebral	3
Hepatopatías	3
Shock anafiláctico medicamentoso	2
Asma bronquial (status)	1
Crup laríngeo	1
Rabia	1
Apendicitis aguda	1
Colecistitis aguda	1
Tifoidea	1
Ca. de cervix	1
Ca. de mama	1
Ca. de ovario	1
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>

to, en su mayoría, inducido y que más del 35% de las pacientes murieran antes de cumplir 24 horas en el hospital.

El trabajo confirma la sospecha que no sólo en Lima, sino en todo el ámbito nacional, la sepsis del embarazo parto y puerperio, ha desplazado a la hemorragia del primer lugar en las causas de muerte materna y que el aborto considerado en todas sus formas se ubica por mínima diferencia porcentual en tercer lugar debajo de la hemorragia.

Cabe destacar, que en algunas regiones como Puno, la Toxemia ocupa el primer lugar y en otras como Huancayo, la situación transversa con escape de mano y sus consecuencias, condicionan gran parte de las muertes, lo que unido a las peculiaridades de cada región nos hace pensar que es menester considerar a cada región o grupo de regiones como unidades específicas en lo que el análisis de su problemática y planteamiento de soluciones se refiere.

Se confirma, una vez más, que la atención empírica del parto condiciona graves problemas, si es que ella no está incorporada como solución transitoria y controlada en el sistema de salud, o como medida semipermanente en el nivel de atención primaria bajo el control del sistema. La retención de placenta en el

parto domiciliario atendido por empírica y el inadecuado manejo de las situaciones y presentaciones anormales por el mismo tipo de persona y lamentablemente en algunos casos, por el personal profesional, ejemplifica esta problemática.

El aborto inducido, creemos, está aumentado en el país y lamentablemente cobrando cada vez más víctimas que en alguna medida podrían evitarse incrementando la educación sanitaria, la información en paternidad responsable, y revitalizando, profundizando y mejorando los programas de planificación familiar.

Con el objeto de verificar la relación de muertes maternas 1983 detectadas por los investigadores en los hospitales del Ministerio de Salud, se realizó la revisión de los informes correspondientes a egresos hospitalarios remitidos por los establecimientos del Ministerio, la Seguridad Social, las Fuerzas Armadas y algunos del sector privado, a la Dirección de Informática del Ministerio de Salud.

En dichos registros se identificaron 117 casos de muertes maternas, correspondiendo 112 a los ocurridos en los hospitales del Ministerio de Salud.

Suponemos que, la diferencia entre los 269 casos analizados en el Estudio y los 112 registrados oficialmente, está dada por la pérdida de informes estadísticos en el proceso de remisión de los hospitales hasta la Dirección de Informática; además, de alguna confusión probable en la transcripción de diagnóstico, de las H.C. a los registros estadísticos.

Finalmente, creemos puede y debe mejorarse la información que se registra en las historias clínicas ya sea por la adopción de un modelo de historia muy simple y único o por la obligatoriedad de consignar un grupo básico destacados en la historia de cualquier modelo. Creemos, también, que debe normatizarse la atención materna y uniformizarse la terminología, definiciones y clasificaciones para que todos hablemos el mismo idioma y que aunque en otros medios no hayan dado resultado, en el nuestro es necesario crear comités de muerte materna a nivel local, regional y nacional, optimizando la logística en el registro, envío y procesamiento de la información.

El estudio prospectivo que ha de seguir al presente trabajo, esperamos confirme nuestros planteamientos.

#### REFERENCIAS

Siendo el presente trabajo un análisis retrospectivo, preliminar y preparatorio al estudio prospectivo en ejecución, las referencias bibliográficas actualmente en acopio, serán consignadas en dicho estudio. René Cervantes Begazo.

Av. Petit Thouars 4295 - Miraflores - Lima - Perú