

MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL "CAYETANO HEREDIA" DE PIURA AÑOS: 1974-1981

MANUEL PURIZACA BENITES

RESUMEN

Presentamos la casuística sobre Mortalidad Materna en el Hospital Regional "Cayetano Heredia" de Piura, desde el inicio de su actividad asistencial en 1974 a Diciembre de 1981, abarcando un total de 7 años, 3 meses; lapso en el cual ocurrieron 72 casos de muerte materna sobre un total de 26,736 nacidos vivos, lo que nos da una tasa promedio de 26.92 por diez mil nacidos vivos.

Hacemos correlacion entre muerte materna y edad, gravidez, control prenatal; analizamos las causas que originaron dichas muertes y procedencia de los casos afectados.

En la discusion planteamos algunas sugerencias que creemos deben ser tomadas en cuenta, para tratar de mejorar el nivel de salud materna en nuestro departamento.

INTRODUCCION :

Un indicador del Estado de Salud Materna, es la tasa de mortalidad (1); lo cual a su vez refleja la realidad de una comunidad determinada. (2).

Es nuestro propósito analizar el problema de la Mortalidad Materna en nuestro Hospital con la finalidad de plantear una mejora en la calidad de la atención a la Madre gestante, tanto a nivel hospitalario, como a nivel de comunidad.

Los estudios sobre Mortalidad Materna son de invaluable ayuda, sobre todo porque se logra determinar los factores previsibles que ocasionan Morbi-mortalidad materna para de este modo realizar las recomendaciones debidas (3);

ya que es uno de los elementos de juicio que se tiene para evaluar la calidad de un Programa.

En otros países se otorga gran importancia a la formación de Comités para el estudio de Mortalidad Materna; y la actividad de éstos ha permitido reducir las tasas de Mortalidad Materna, al realizar las recomendaciones pertinentes.

Nuestros objetivos pueden resumirse en los siguientes:

1. Identificar los factores causales
2. Determinar las muertes previsibles
3. Plantear recomendaciones que impidan la repetición de muertes previsibles
4. Fomentar los estudios estadísticos sobre la materia, a nivel de otros hospitales en nuestro Departamento, en nuestra Región, y a nivel Nacional, ya que este tipo de estudio no se hace con la frecuencia debida.
5. Propugnar la Formación de un Comité de Mortalidad Materna a nivel de nuestro hospital, y a nivel departamental

6. Propugnar la realización de un Seminario Nacional sobre Mortalidad Materna, con la finalidad de conocer nuestra realidad, basada en estadísticas confiables.

Como homenaje a la ciudad de Piura en su 450o. Aniversario, presentamos una faceta del problema de salud, con la finalidad de colaborar en su solución.

MATERIAL Y METODOS :

Nuestro trabajo se ha basado en el estudio de los 72 casos de muerte materna ocurridos desde octubre de 1974 a diciembre de 1981; para lo cual se revisaron las historias clínicas correspondientes; considerando solamente aquellos casos de muerte de causas obstétricas; los casos atribuidos a causas no obstétricas, no fueron considerados en nuestro estudio.

En cuanto a la metodología empleada, fue la recopilación de datos teniendo como documento la historia clínica.

Finalmente hacemos correlación entre Mortalidad Materna y: Edad, Gravidéz, Control Pre-Natal, Causas y Procedencia de las pacientes.

RESULTADOS :

En los cuadros siguientes presentamos nuestros resultados:

HOSPITAL REGIONAL "CAYETANO HEREDIA" PIURA - MORTALIDAD MATERNA POR AÑOS

CUADRO No. 1

Años	Nacidos vivos	No. de Muertas Matar.	Tasa (Por diez mil nac/vivos)
1974	925	03	32.4
1975	3,341	12	35.9
1976	3,681	07	19.0
1977	3,337	13	38.9
1978	3,656	13	35.5
1979	3,540	07	19.8
1980	3,949	10	25.6
1981	4,307	07	16.2
TOTAL	26,736	72	26.92

NOTA.— El Hospital inició la atención a la Comunidad en Octubre de 1974.

HOSPITAL REGIONAL "CAYETANO HEREDIA" PIURA - MORTALIDAD MATERNA Y EDAD

CUADRO No. 2

Grupo Etario	Número	o/o
10 - 19	05	6.94
20 - 29	22	30.55
30 - 39	28	52.77
40 ó Más	07	9.72
TOTAL :	72	100.00

HOSPITAL REGIONAL "CAYETANO HEREDIA" PIURA - MORTALIDAD MATERNA SEGUN GRAVIDEZ

CUADRO No. 3

Gravidéz	Número	o/o
01	13	18.05
02 - 03	11	15.25
04 - 06	08	11.11
07 - 09	12	16.66
10 ó Más	20	27.77
No determ.	08	11.11
TOTAL :	72	100.00

HOSPITAL REGIONAL "CAYETANO HEREDIA" PIURA - MORTALIDAD MATERNA Y CONTROL PRE-NATAL

CUADRO No. 4

	Número	o/o
CONTROLADAS	06	8.33
NO CONTROLADAS	66	91.66
TOTAL :	72	100.00

HOSPITAL REGIONAL "CAYETANO HEREDIA" PIURA - MORTALIDAD MATERNA : CAUSAS AÑOS : 1974 - 1981

CUADRO No. 5

Causas	Número	o/o
Hemorragias	33	45.83
Infecciones	22	30.55
Eclampsia	12	16.66
Shock Anestésico	03	04.16
Cardiopatías	02	02.77
TOTAL :	72	100.00

HOSPITAL REGIONAL "CAYETANO HEREDIA" PIURA - MORTALIDAD MATERNA - HEMORRAGIAS : CAUSAS AÑOS : 1974 - 1981

CUADRO No. 6

Causas	Número	o/o
Rotura Uterina	12	36.36
Abruptio Placentae	08	24.24
Atonía Uterina	06	18.18
Enf. del Trofoblasto	02	6.06
Plac. Increta	01	3.03
Retenc. Plac.	01	3.03
Desgarro cervico-vaginal	01	3.03
Emb. ectópico	01	3.03
Aborto Incomp.	01	3.03
TOTAL :	33	100.00

**HOSPITAL REGIONAL "CAYETANO HEREDIA"
PIURA – MORTALIDAD MATERNA – FOCO
PRIMARIO DE INFECCION. AÑOS: 1974 – 1981**

CUADRO No. 7

Focos de Infección	Número	o/o
Endometritis	07	31.81
Corioamnionitis	05	22.72
Manip. por empírica	04	18.17
Peritonitis	03	13.63
Feto Muerto	02	09.09
Aborto Séptico	01	04.54
TOTAL :	22	100.00

**HOSPITAL REGIONAL "CAYETANO HEREDIA"
PIURA – MORTALIDAD MATERNA Y PROCEDENCIA
(EPIDEMIOLOGIA DE LA MUERTE MATERNA
EN PIURA)**

CUADRO No. 8

Lugar de Procedencia	Número	o/o
Morropón	18	25.00
Castilla	11	15.27
Piura	10	13.88
Catacaos	07	9.72
Paita	06	8.33
La Arena	05	6.94
La Unión	05	6.94
Tambogrande	04	5.55
Sechura	02	2.77
Cura Mori	02	2.77
Bernal	01	1.38
Rinconada-Llicuar	01	1.38
TOTAL :	72	100.00

DISCUSION :

En el cuadro No. 1, podemos observar que la tasa de Mortalidad Materna en nuestro hospital, es alta, similar a la tasa estimada a nivel nacional (4), y, que a través de los años se mantiene con grandes oscilaciones, comparada con tasas de otros hospitales nacionales, la nuestra es una tasa muy alta, por ejemplo, el Hospital Materna Infantil "San Bartolomé" (Lima), tiene una tasa de Mortalidad Materna de 6.83 por diez mil nacidos hasta 1974; con tendencia a mantenerse alrededor de esa cifra a través de los años (3,5).

Comparada con tasas internacionales, nuestra tasa la consideramos siempre alta tal como se demuestra en el cuadro No.9; observando, asimismo, que la tasa de Mortalidad en dichos países a través de los años ha sido reducida considerablemente; no sucede lo mismo en nuestro país que solamente presenta tasas estimadas, ya que no existe una tasa real de Mortalidad Materna, considerándose que la tasa estimada es de más o menos 30 por diez mil nacidos vivos para el año 1975 (4); creemos que la tasa real en nuestro país debe ser mayor si se tiene en cuenta los estudios realizados al respecto por diversos autores (8).

Conviene afrontar el problema en su verdadera dimensión, y, siguiendo el ejemplo de otros países, debemos emprender programas que tengan como objetivo la reducción de nuestra tasa de Mortalidad Materna a nivel Hospitalario, Departamental y Nacional; de no trazarnos este objetivo, nuestra situación permanecerá invariable, y, estaremos siempre entre los países con las más altas tasas de Mortalidad Materna a nivel mundial; solamente por debajo de los países más deprimidos de Africa (9).

CUADRO No. 9

**TASAS DE MORTALIDAD MATERNA EN
DIFERENTES PAISES Y AÑOS:**

País	A Ñ O S			
	1951-1953 (1)	1966 (2)	1970 (3)	o/o
Canadá	9.12	3.4	1.64	17.78
Chile	36.78	27.18	12.57	34.17
Colombia	36.34	24.03	—	66.12
Costa Rica	21.90	11.03	8.83	40.31
México	25.20	15.18	13.53	53.69
Venezuela	17.47	11.74	7.44	42.58
Suecia	6.90	1.13	1.00	14.49
Uruguay	—	—	5.88	—
Perú	45(x)	40(x)	30(xx)	66.66
Piura (HRCH)	—	—	26.92(xxx)	—

FUENTE: Referencia (9,20)
(x) Referencia (1)
(xx) Referencia (4)
(xxx) R Año 1981.

Con respecto a los grupos etarios, el más afectado en nuestra casuística, fue la década de 30 – 39 años (cuadro No.2) con el 52.77o/o; esto quiere decir que en nuestro medio, éste es un grupo de alto riesgo.

En el cuadro No. 3, observamos la correlación entre Mortalidad Materna y Grávidéz, notando claramente que el grupo de mayor riesgo es el grupo de las multigrávidas (de cuatro embarazos o más) ya que en nuestra casuística se representa más del 50o/o de los casos de Muerte Materna; lo que corrobora lo ya demostrado en otros estudios sobre el tema (4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15).

Conviene emprender también campañas acerca de la planificación familiar, con la finalidad de conseguir un espaciamiento mayor entre embarazo y embarazo, disminuyendo la multigravidez; esto se podría realizar a través de Programas Educativos integrales a diferentes niveles, realizando campañas en favor de un CONTROL PRE-NATAL precoz; ya que en nuestra población de mujeres gestantes no existe el hábito del control pre-natal.

En el Cuadro No. 4 observamos que el 91.66o/o de muerte-materna afectó a mujeres que no tuvieron ningún tipo de control pre-natal, por lo que podemos afirmar que un alto porcentaje de estas muertes se hubieran evitado de haber existido dicho control; es decir estamos ante un gran número de casos llamados previsible (3, 5, 12, 16, 17).

En nuestro Departamento, este control debe estimularse en los centros periféricos, que hasta el momento al parecer no se proyectan a la comunidad en este aspecto, salvo excepciones, sugiriendo se haga una evaluación en tal sentido.

Con respecto a causas de Muerte Materna, como podemos observar en el cuadro No. 5, en nuestro Hospital, tres son las causas principales: hemorragias con el 45.83o/o de todos los casos, infecciones con el 30.55o/o y eclampsia con el 16.66o/o; sigue el shock anestésico con 04.16o/o y cardiopatía más gestación con el 02.77o/o.

Teniendo como primera causa las hemorragias, y con un porcentaje muy significativo, creemos que en nuestro Hospital, debe modificarse el sistema de atención en el Banco de Sangre y Laboratorio; atención que es crítica debido a que durante las guardias, el responsable de este Servicio sólo realiza guardias de retén; retardando muchas veces un análisis o una transfusión de emergencia; consideramos que el técnico de laboratorio y encargado del Banco de Sangre debe integrarse al equipo de guardia con presencia física, de esta manera podemos disminuir los factores hospitalarios que influyen en la Muerte Materna.

Creemos igualmente, que debe realizarse una coordinación en la práctica entre los centros periféricos y el Hospital con la finalidad de evitar la duplicación de trabajo y de gasto; ya que generalmente pacientes gestantes controladas en Centros Periféricos, llegan al Hospital en situación de emergencia sin una tarjeta, donde se indique, entre otros, el grupo sanguíneo y factor Rh; creemos que ésta es una de las medidas que nuestras autoridades deben adoptarla desde ya.

En el Cuadro No. 6, observamos que en nuestro Hospital la primera causa de hemorragia fue la ROTURA UTERINA, con 12 casos que significan el 36.36o/o de los casos de hemorragias y el 16.66o/o del total de nuestra casuística, esta entidad no se observa con tanta frecuencia en otros estudios a nivel nacional (3,5); y solamente llega a tener una incidencia importante en países Africanos muy deprimidos (9); hacemos la salvedad de que todos los casos de Rotura Uterina que condicionaron Muerte Materna, ocurrieron en mujeres sin antecedentes de cirugía previa (cesárea y/u otras intervenciones quirúrgicas).

Esto nos reafirma pues, en nuestras apreciaciones sobre la labor que debe cumplir el Banco de Sangre, en la tarea de disminuir nuestras tasas de Mortalidad Materna.

Otra causa importante de hemorragia fue el ABRUPCIÓN PLACENTAR, con el 24.24o/o de los casos, generalmente asociado a Toxemia del Embarazo; luego la atonía uterina, otras entidades con bajo porcentaje, pero que son previsible, como: retención de placenta, embarazo ectópico, aborto incompleto y desgarro cérvico-vaginal.

En el Cuadro No. 2, presentamos las causas primarias de Infección, siendo importante las Endometritis, Corioamionitis por Ruptura Prematura de Membranas, y, el antecedente lo señalamos con énfasis ya que el Empirismo Obstétrico está muy arraigado en nuestra población con consecuencias graves, ya que condicionan complicaciones graves tanto para la madre, como para el niño, creemos que la única forma de desterrar el Empirismo, es con un adecuado Programa de Educación en Salud.

En el Cuadro No. 8, presentamos la procedencia de los casos de Muerte Materna, llegados a nuestro Hospital; observamos que la 4ta. parte (25.00o/o) de todos los casos procedían de la Provincia de Morropón, lo cual nos indica el riesgo a que están sometidas las mujeres gestantes en esta provincia que prácticamente no tienen acceso a los servicios de salud; en esta provincia con 150,000 habitantes según el censo de 1981; sólo tiene 06 (seis) Médicos lo que hace una relación de 1 médico para 25,000 habitantes; solamente existen 2 Obstetras y no dispone de una sola cama hospitalaria.

Se debe acelerar la construcción de un Hospital Rural en esta Provincia, y dotar de Personal de Salud a los dife-

rentes Establecimientos de Salud, tarea que debe ser cumplida, no sólo por el Ministerio de Salud, sino también por el Instituto Peruano de Seguridad Social.

Observamos en el mismo cuadro, que en 2do. lugar en cuanto a Procedencia, lo ocupa el distrito de Castilla, cuya población está muy accesible a nuestro Hospital y, además cuenta con dos (2) centros periféricos de salud; en este distrito, a pesar de su ubicación, está muy arraigado el Empirismo Obstétrico, siendo quizás éste el factor de esta incidencia de Mortalidad Materna.

Luego en los órdenes siguientes están: el distrito de Piura y, los distritos del Bajo Piura, donde la característica fundamental es la ausencia de Programas Educativos, no acceso a los servicios de Salud y Empirismo Obstétrico.

Como recomendaciones finales, creemos que el programa de salud materna, debe ser revisado en nuestro Departamento en forma integral, con la finalidad de disminuir nuestra tasa de Mortalidad Materna, y a nivel hospitalario, realizar evaluaciones frecuentes en este sentido.

BIBLIOGRAFIA

01. IPARRAGUIRRE CASTELO, A.— "La Realidad Nacional, la Realidad de Salud a Realidad de Salud de la Madre y el Niño". Ginecología y Obstetricia. Vol. XXV. No. 2: 28-37 Lima-Perú 1980.
02. GONZALES E., Rodolfo.— "Nivel de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar". Ginecología y Obstetricia. ol. XXV No. 2: 25-28 Lima-Perú 1980.
03. YI FON, Néstor.— "Mortalidad Materna en el Hospital Materno Infantil "San Bartolomé" (1962-1974).— Tesis de Bachiller Lima-Perú 1974.
04. MINISTERIO DE SALUD, Perú: "El Embarazo de Alto Riesgo en el Perú" — Lima 1980.
05. LUDMIR, Abraham.— "Mortalidad Materna. Aspectos para-obstétricos, Simposium sobre Mortalidad Materna" Tercer Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología". Lima 1968.
06. WORLD HEALTH STATISTICS REPT.— Maternal Mortality.— Ginebra, World Health Organization 22. 1969.
07. WORLD HEALT STATISTICS REPORT.— Vol. 27 No. 3-4, 1974.
08. PUTTER, Ruth y SERRANO, Carlos.— "Resultados de las investigaciones interamericanas de Mortalidad referentes a la reproducción". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. LXXXI No. 3 (9) : 252-263, 1976.
09. HARTFIELD U., J.— "Maternal Mortality in Nigeria compared with earlier international experience". Int. J. Gynaecol. Obstet. 18: 70-75, 1980.
10. DAZA PARADA, L.— "Investigación de Riesgo Materno-Infantil". Primer Documento, Bogotá D.E. 1976.
11. SANTAMARIA, A., DAZA PARADA, L.— "Investigación de Riesgo Materno-Infantil". Segundo Documento. Bogotá D.E 1977.
12. DAZA PARADA, L.— "Investigación de Riesgo Materno-Infantil". Tercer Documento. Bogotá, D.E. 1978.
13. CASTELAZO-AYALA, Luis.— "Maternal Mortality in Latin America". Bombay, India, Federation of Obstetric and Gynaecological societies of India: 14-25. 1970.
14. OSOFSKY, Howard, KENDALL, Norman.— "Pobreza como factor de Riesgo". Clínicas Obstétricas y Ginecológicas (3): 103-116, 1973.
15. HENRY, ALICE Y PIOTROW, PHILLIS.— "Edad al casarse y Fecundidad". Population Reports. Serie M, No. 4 (9) 1980.