



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE SAN MARTIN - TARAPOTO

FACULTAD DE
OBSTETRICIA

MUERTE MATERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
LAS MERCEDES - CHICLAYO 1981 - 1990

RODISMERI DEL CARMEN HEREDIA BACA



T E S I S

PARA OPTAR EL TITULO DE OBSTETRIZ

TARAPOTO - PERU

1991

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

"MUERTE MATERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL

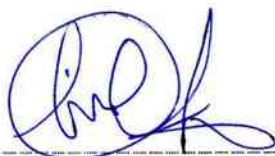
DOCENTE LAS MERCEDES"

CHICLAYO 1981- 1990

TESISTA:

- RODISMERI DEL CARMEN HEREDIA BACA

JURADO CALIFICADOR:



DR. FEDERICO TINTA JUNCO.

PRESIDENTE



OBST. ELENA CASTRO MEDINA



OBST. CECILIA ALHUAY SUAREZ



DR. AUGUSTO LLONTOP R.

ASESOR.

A mis padres ROBERTO y ANGELICA
Cuya nobleza y espíritu de
sacrificio han iluminado el
sendero de mis grandes
aspiraciones.

Rodisneri

A mis Hermanos, por la
confianza y apoyo moral que
siempre me han brindado.

AGRADECIMIENTOS

A mi querido amigo, **LUIS VICO VARELA**, por su invaluable colaboración para la realización del presente estudio, por sus consejos y sugerencias que han hecho posible la culminación de mi TESIS.

A mi asesor, **Dr. AUGUSTO LLONTOP REXTEGUI** por sus sugerencias y ayuda incondicional en la confección de este trabajo.

A mi hermano **ELMER**, por su valiosa ayuda y permanente estímulo durante el desarrollo de mi Tesis.

Al **Dr. RAUL NORBERTO MEJIA** y al **Dr. WALTER CARPIO GUERRERO**, por la colaboración desinteresada en la elaboración del presente trabajo.

A la familia **YICLIHUANCA URIARTE**, quienes con su apoyo moral hicieron posible la culminación de mi Tesis.

Al personal que labora en el **HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - CHICLAO**, que de una u otra forma me ayudaron en la realización del presente trabajo.

S U M A R I O

	P g.
I. INTRODUCCION	1
II. MATERIAL Y METODOS	6
III. RESULTADOS	8
IV. DISCUSION	24
V. RESUMEN Y CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	41
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	43
VII. ANEXOS	47

I. INTRODUCCION

La tasa de Muerte Materna es considerada como expresión de la situación socio-económica, cultural y sanitaria de un país (2,3,13), convirtiéndose en un indicador del estado de salud de un pueblo, más aún el reflejo de la calidad de atención que se brinda a la madre y al niño (2, 3, 8, 11, 13).

El análisis de los diferentes estudios revelan que las tasas más altas de Muerte Materna se encuentran en los países sub desarrollados comparados con los países desarrollados(3). Probablemente en los países sub desarrollados como el nuestro la información sobre muerte materna no refleja exactamente la magnitud del problema por el alto porcentaje de omisión en el registro estadístico, también porque son pocos los estudios de dimensión nacional, la información generalmente es tomada de estudios locales que reflejan realidades diferentes (3, 6). La mortalidad materna ocurrida en un hospital en determinada región, ciudad o país, constituyen un hecho de inestimable valor, por cuanto que su estudio ha de permitirnos evaluar la calidad de los servicios obstétricos existentes y además valorar el grado de educación sanitaria de la población que demanda estos servicios (6).

La Mortalidad Materna es la muerte de toda mujer mientras esté embarazada o dentro de los 42 días completos de terminado el embarazo (independientemente de su localización o duración) por cualquier causa relacionada o agravada por la gestación, o por su manejo (1, 2, 3, 4, 8, 9).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), ha uniformizado las definiciones entre muerte materna directa, indirecta y la no materna (5, 6, 8, 17), con el objeto de priorizar las acciones en salud pública. Se estima que más de 500 mil mujeres mueren al año en el mundo durante el parto y puerperio lo cual representa una defunción por minuto. Esta elevada tasa de mortalidad materna a nivel mundial ha traído como consecuencia que la OMS, se proponga como meta para el año 2000 a la disminución de la muerte materna (3, 8, 11, 13). Este gran problema de salud afecta principalmente a los países subdesarrollados en los cuales por cada 100000 nacidos vivos mueren 550 mujeres, en Africa ocurren más o menos 600 defunciones maternas x 100,000 nacidos vivos, en Asia más de 400 y en América Latina y el Caribe casi 300. Estas tasas resultan 50 a 100 veces mas elevadas que las reportadas en países desarrollados como Suecia, Inglaterra, Japón, EEUU, Dinamarca, cuyas cifras oscilan entre 3.8 y 45 por cada 100000 nacidos vivos (13).

A pesar de haberse puesto mucho énfasis en los programas de salud a fin de prevenir o disminuir la incidencia de enfermedades o complicaciones maternas, no se ha logrado satisfactoriamente este propósito, debido a los costos elevados de los mismos, y la crisis económica por la que atravieza nuestro país. Por tal motivo, el estado de salud de nuestra población sigue siendo insatisfactoria, con gran riesgo de enfermar y morir; esto incide fundamentalmente en la población materno infantil. En el Perú, la tasa de Mortalidad Materna que se publicó en 1980 fué de 32 por 10000 nacidos vivos y de 30.3 por 10000 nacidos vivos en 1987, según estudios realizados a nivel nacional (2, 3, 8). Cervantes, en un estudio de mortalidad materna Hospitalaria en el Perú, reporta que la tasa de Muerte Materna Hospitalaria promedio es de 16.5, siendo la más alta en el Departamento de San Martín con 90.3 y la más baja en Ica con 5.5 x 10000 nacidos vivos. Estas diferencias se estiman que estan en íntima relación con el estado socio económico, que es el común denominador de los problemas educacionales y sanitarios. Maradiegue (8), en un estudio realizado en el hospital Cayetano Heredia de Lima de 1975 - 1984, encontró una tasa de Mortalidad Materna de 28.56 por 10000 nacidos vivos.

Las causas de Muerte Materna varían según el grado de desarrollo de un país, la calidad de atención que se brinda

a la madre, y la estructura sanitaria. Además depende del grado de complejidad del hospital, su sistema de referencia y el status socio-económico y cultural de la población que sirve. Existe una gran diferencia entre las causas de Muerte Materna en los países desarrollados y los sub desarrollados: mientras que en los primeros predominan las causas no relacionadas y las indirectas, en los países en vías de desarrollo predominan las causas directas, principalmente la infección, enfermedad hipertensiva del embarazo y hemorragia que sí se puede prevenir (2, 12).

El estado gravídico de una mujer determina una serie de modificaciones fisiológicas que repercuten en todos sus sistemas orgánicos. Estas modificaciones son el resultado de la relación biológica de interdependencia mutua, que se establece entre la madre y el feto, como mecanismo de adaptación y compensación, así planteamos que aparte de las modificaciones fisiológicas existe la influencia de factores tales como: edad, paridad, control pre-natal, nivel socio-económico y otros que inciden sobre riesgo de Mortalidad Materna.

Objetivos:

- 1.- Determinar la tasa de Mortalidad Materna en el hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, entre los años 1981 - 1990.

2.- Identificar los factores asociados a la Mortalidad Materna.

II. MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo de todas las muertes maternas ocurridas en el HRDLM, durante los años 1981-1990, encontrándose 45 muertes maternas, en el archivo de historias clínicas del departamento de estadística sobre 28,995 nacidos vivos.

Considerando que el universo muestral del presente trabajo está constituido por todos los casos de muerte materna ocurridos en este nosocomio, desde 1981-1990, hemos considerado como muestra adecuada y representativa el 100% de muertes acaecidas durante el decenio estudiado. La recopilación de datos se realizó a través de un protocolo previamente elaborado para tal fin tomando la información de las historias clínicas del archivo del departamento de estadística del Hospital Regional Docente "Las Mercedes". En el procesamiento de datos, la información de nuestras variables de estudio, fueron tabuladas en cuadros de doble entrada (bidimensionales), calculándose las respectivas frecuencias absolutas y porcentuales de nuestras variables (aspectos obstétricos considerados) por causa de muerte materna. Se calculó también la media aritmética en los casos donde las variables fueron cuantitativas; utilizamos un análisis descriptivo de datos, sobre la base de las ocurrencias más frecuentes.

Para nuestro estudio se utilizó las definiciones aprobadas por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Organización Mundial de la Salud (OMS), y otros autores.

III. RESULTADOS

Durante el decenio estudiado entre (1981 - 1990), en el Hospital Regional Docente "Las Mercedes" de Chiclayo, se observa que el número de partos atendidos se presenta en forma descendente. En lo que a muerte materna se refiere, la mayor incidencia es por causa directa con una tasa de 13.10 x 10000 N.V., siendo un total de 45 casos, lo que constituye una tasa de 15.51% por 10000 N.V., (ver cuadro N°1A y 1B).

Las causa más frecuente de muerte fué la directa en 38 pacientes (84.44%) en segundo lugar la indirecta en 4 pacientes (8.88%), y por último la no materna en 3 pacientes (6.66%). Las causas directas se distribuyen en infección 17 casos, enfermedad hipertensiva del embarazo 11 casos, hemorragia 10 casos. De la causa indirecta predomina en primer orden la pielonefritis 2 casos, seguida de tuberculosis pulmonar y síndrome convulsivo en igual número de casos (un caso respectivamente), en la causa no materna la distribución es homogénea entre intoxicación, envenenamiento y miasis, (también un caso en cada una de ellas) (ver cuadro N°02)

Las madres en edad de riesgo obstétrico suman un significativo de 28.88% (menores de 20 años y mayores de 35 años), destaca el mayor número de muertes maternas en el

grupo etareo de 20 a 24 (37.78%) encontrándose el mayor número en la causa directa por infección. La edad promedio de las pacientes fallecidas es de 26 años encontrándose casi la mitad de la población entre 20 y 29 años con un 48.89% (ver cuadro N°03).

Se observan 17 casos de muerte materna directa por infecciones que representan el 37.78% del total de las muertes maternas. El aborto incompleto infectado y la endometritis post parto vaginal fueron las causas Básicas más frecuentes con el 35.29% y el 23.52% respectivamente, del total de muerte por infección. La causa intermedia predomina la sepsis individual y asociada con coagulación intravascular diseminada (CID)(41.17%) y la causa final de muerte en un 100% es shock séptico. (ver cuadro 04 A)

La eclampsia anteparto y la eclampsia intraparto fueron las causas más frecuentes de muertes por enfermedades hipertensivas del embarazo con el 36.36% cada uno de éstos. Vale mencionar que sólo se observa 11 casos de muerte naterna directa por enfermedades hipertensivas del embarazo que representaron el 27.44% del total de muertes maternas. Se observó predominancia de la hipertensión arterial como causa intermedia que condujo al desenlace final en el 63.63% de las muertes por esta causa; mientras que la causa



terminal más frecuente fué el accidente cerebro vascular (ACV) con el 45.45% (ver cuadro N°04 B),

Se observa que la atonía uterina en un 30% y el desprendimiento prematuro de la placenta (30%), son la causa básica mas frecuente por hemorragia siendo la causa intermedia la anemia aguda por pérdida en un 90% consecuencia de lo anterior y el desenlace final es el shock hipovolémico en un 100% y sus asociaciones con otras patologías (ver cuadro N°04 C),

El mayor porcentaje 48.88% procede de la zona urbano marginal cuya distribución se encuentra en este mismo grupo en los tres tipos de causa de muerte, así tenemos 47.37% en muerte materna directa, 50% en la indirecta y el 66% en la no materna, y la población menos expuesta a la mortalidad materna sería la población urbana con un 22.22%.

Podemos resumir diciendo que solamente el 31.11% de nuestra población estudiada alcanza un grado de instrucción medianamente aceptable en secundaria ya sea completa e incompleta, lo que refleja en alta frecuencia la muerte materna directa en los niveles de instrucción más bajos, en primaria 34.21% siendo ignorados 28.95%, analfabetos 2.63%, cuyos valores suman más del 67% de nuestra población, que se encontrarían en grado de instrucción inadecuada.

El 6.66% de la población estudiada se desconoce su estado civil y alcanzando el 51% , el estado de convivencia, que se distribuye homogéneamente en las tres causas descritas, 50% en causa directa, 75% en causa indirecta, 33.33% en la no materna, encontrándose 11 casos de infecciones que corresponden a convivientes a diferencia de las hemorragias que es el mayor número en casadas.

Muestra que sólo el 11.11% de la población a recibido control pre natal, dicho valor se refleja en la causa de muerte materna directa que es 10.53% en donde no se ha recibido control pre natal en 89.58% cuya mayor cantidad de casos se ubican en infecciones en un absoluto de 14 casos, (ver cuadro N° 5).

Nos muestra claramente que el grupo de edad gestacional más afectado es de 37 a 42 semanas de gestación con un 57.89% de muerte materna directa, correspondiendo ha gestaciones a término, se observa 22.22% correspondiente a menos de 22 semanas a abortos, 44.44% de inmaduras y 20% de prematuros con una frecuencia absoluta de cero en los pos maduros la edad gestacional promedio del total de muerte materna es de 31.94 semanas.

En el presente cuadro se encuentra el más alto porcentaje en las primigestas con un 35.55% seguido de las gran multigestas con un 26.66% que lo constituyen el grupo de alto riesgo obstétrico, dichas relaciones se mantienen en las diferentes causas de muerte.

Se observa que los grupos de riesgo (primigestas y pacientes con intervalo intergenésico menor de 2 años y mayor de 5 años) constituyen el 64.45% de la población en estudio, llama la atención el porcentaje de ignoradas 13.33% lo anteriormente mencionado se refleja en la distribución de intervalo intergenésico en la muerte materna directa teniendo en el grupo de riesgo total de 24 casos equivalente a 63.15% ; en la muerte materna indirecta 3 casos (75%); y en la muerte no materna 2 casos (50%). Se observa además que el promedio de intervalo intergenésico es de 3.31 años.

La etapa gravido puerperal donde más muertes maternas se han encontrado es en el puerperio 32 casos equivalente a 71.11% , seguida del embarazo 12 casos (26.67%), y finalmente un parto (2.22%), dichas relaciones se mantienen en las tres causas de muerte materna, tenemos en muerte materna directa a 28 casos que murieron en el puerperio, seguido del embarazo y parto con 9 y 1 caso respectivamente.

Comparativamente con el cuadro anterior que de los 12 casos de muerte materna en el embarazo se dividieron 7 casos (15.55%) en aborto y 5 casos murieron sin dar a luz (11.11%), de la misma forma encontramos el mismo porcentaje de muerte materna durante el parto, esta misma comparación se refleja en los diferentes tipos de causa de muerte. (ver cuadro Nº 06).

De los 33 casos descritos de muerte materna durante el parto se encontró según tipo de parto una relación de 2/1 en

relación parto-cesara en cuanto a parto vaginal y 22 casos (66.66%) cesárea; 11 casos (33.33%) viéndose esta misma relación en la muerte materna directa .

De todos los partos presentados predomina la intrahospitalaria en un 81.82% de la misma manera en la causa directa 86.20% y la extrahospitalaria 18.18%

El tiempo de hospitalización de los pacientes varia desde horas hasta 13 días encontrándose el mayor porcentaje 55.56% en los pacientes que permanecieron menos de 2 días y su promedio de estancia 2.99 días (ver cuadro N°07)

CUADRO N° 01: TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - CHICLAYO
1981 - 1990

ANO	NACIDOS VIVOS	N° DE MUERTE MATERNA DIRECTA	N° DE MUERTE MATERNA INDIRECTA	N° DE MUERTE NO MATERNA	N° TOTAL DE MUERTES	TOTAL TASA x 10000 n.v.
1981	2925	02	00	00	02	6.84
1982	3825	01	---	---	01	2.61
1983	2117	---	---	---	---	---
1984	3115	06	---	---	06	19.26
1985	3500	04	---	---	04	11.42
1986	2926	04	---	01	05	17.08
1987	2736	04	01	---	05	18.27
1988	3610	05	02	---	07	19.39
1989	2250	02	---	01	03	13.33
1990	1991	10	01	01	12	60.27
TOTAL	28995	38	04	03	45	15.51

CUADRO N° 1B: TASA DE MORTALIDAD MATERNA SEGUN CAUSA
 DIRECTA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
 LAS MERCEDES - CHICLAYO 1981-1990

ANO	NACIDOS VIVOS	N° DE MUERTE MATERNA DIRECTA	TASA x 10000 N.V.
1981	2925	02	6.84
1982	3825	01	2.61
1983	2117	--	--
1984	3115	06	19.26
1985	3500	04	11.42
1986	2926	04	13.67
1987	2736	04	14.61
1988	3610	05	13.85
1989	2250	03	08.88
1990	1991	10	50.20
TOTAL	28995	38	13.10

CUADRO N° 02: CAUSAS DE MUERTE MATERNA EN EL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE "LAS MERCEDES"
CHICLAYO 1981 - 1990

CAUSA	N°	%
DIRECTA	38	84.44
=====		
INFECCION	17	
E. H. E.	11	
HEMORRAGIA	10	
INDIRECTA	04	8.88
=====		
TUBERCULOSIS PULMONAR	01	
PIELONEFRITIS	02	
SINDROME CONVULSIVO	01	
NO MATERNA	03	6.66
=====		
INTOXICACION	01	
ENVENENAMIENTO	01	
MIASIS	01	
TOTAL	45	100.00

FUENTE : Archivo de Historias Clinicas del HRDLM.

CUADRO N°3: HUERTE HINTERNA SEGUN GRUPO ETAREO EN EL HOSPITAL REGIONAL
 DOCENTE LMS MERCEDES - CHICLANO 1981 - 1990

FORMA HINTERNA	C A U S A D E H U E R T E H A T E R N A										TOTAL					
	CAUSA DIRECTA					CAUSA INDIRECTA					CAUSA NO HINTERNA					
	Infec.	E.H.E.	Ham.	Sub-Total N	%	TBC	S.C.	Platoma fritis	Sub - Total N	%	Hissis	Nefti Laxid	Envene namiento	Sub - Total N	%	N
15 - 19	03	02	-	05	13.16	-	-	01	01	25.00	-	-	-	-	06	13.33
20 - 24	06	05	03	14	36.84	-	-	01	01	25.00	01	01	02	06.67	17	37.78
25 - 29	02	01	02	05	13.16	-	-	-	-	-	-	-	-	05	11.11	
30 - 34	04	02	-	06	15.79	01	01	02	50.00	-	01	-	01	33.33	09	20.00
35 - 39	01	-	01	02	5.26	-	-	-	-	-	-	-	-	02	4.44	
40 - 44	01	01	03	05	13.16	-	-	-	-	-	-	-	-	05	11.11	
LOWERRIO	-	-	01	01	2.63	-	-	-	-	-	-	-	-	01	2.22	
T O T A L	17	11	10	38	100	01	01	02	04	100	01	01	03	100	45	100

p = 26.89 Edad Promedio
 FUENTE: Archivo de Historias Clinicas del HOSPITAL

CUADRO N° 04 A: MUERTE MATERNA SEGUN INFECCIONES EN EL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES
CHICLAYO 1981 - 1990

CAUSA BASICA	N°	%
-----	:	:
- ABORTO INCOMPLETO INFECTADO	: 06	: 35.29
- OBITO FETAL MAS MANIPULACION EMPIRICA	: 02	: 11.76
- ENDOMETRITIS POST PARTO VAGINAL	: 04	: 23.52
- ENDOMETRITIS POST CESAREA	: 01	: 05.88
- CORIOAMNIONITIS	: 02	: 11.76
- PARTO PREMATURO MAS OBITO FETAL	: 01	: 05.88
- DESCONOCIDO	: 01	: 05.88
	: 17	: 100.00
CAUSA INTERMEDIA	:	:
-----	:	:
- C.I.D. MAS SEPSIS	: 02	: 11.76
- PELVIPERITONITIS	: 03	: 17.64
- SEPSIS	: 05	: 29.41
- C.I.D.	: 01	: 05.88
- BRONCONEUMONIA	: 01	: 05.88
- ENDOMETRITIS	: 02	: 11.76
- ENDOMETRITIS MAS PELVIPERITONITIS	: 02	: 11.76
- DESCONOCIDO	: 01	: 05.88
	: 17	: 100.00
CAUSA TERMINAL	:	:
-----	:	:
- SHOCK SEPTICO	: 04	: 23.52
- SHOCK SEPTICO MAS INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	: 02	: 11.76
- SEPTICEMIA	: 10	: 58.82
- DESCONOCIDO	: 01	: 5.88
	: 17	: 100.00

FUENTE : Archivo de Historias Clinicas del HRDLN.

CUADRO N° 04 B: MUERTE MATERNA SEGUN ENFERMEDAD HIPERTENSIVA
 DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
 LAS MERCEDES CHIUCLAYO 1981 - 1990

CAUSA BASICA	N°	%

- ECLAMPSIA ANTEPARTO	04	36.36
- ECLAMPSIA INTRA PARTO	04	36.36
- ECLAMPSIA POST PARTO	02	18.18
- PRE ECLAMPSIA SEVERA	01	09.09
	11	100.00
CAUSA INTERMEDIA		

- D.P.P. MAS SHOCK HIPOVOLEMICO	01	09.09
- HIPERTENSION ARTERIAL	07	63.63
- D.P.P.	01	09.09
- ECLAMPSIA MAS OBITO FETAL	01	09.09
- EDEMA DE PULMON	01	09.09
	11	100.00
CAUSA TERMINAL		

- ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	05	45.45
- HEMORRAGIA SUB CAPSULAR HEPATICA	01	09.09
- INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	01	09.09
- FASE CARDIORESPIRATORIO	01	09.09
- HEMORRAGIA SUB ARACNOIDEA	01	09.09
- BRONCONEUMONIA	01	09.09
- DESCONOCIDO	01	09.09
	11	100.00

FUENTE : Archivo de Historias Clinicas del HROCLM.

CUADRO N°04 C: MUERTE MATERNA SEGUN INFECCIONES EN EL HOSPITAL

REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO 1981-1990

CAUSA BASICA	N°	%

- ABORTO PROVOCADO	01	10.00
- ATONIA UTERINA	03	30.00
- D.P.P.	03	30.00
- RETENCION DE PLACENTA	02	20.00
- DESCONOCIDO	01	10.00
	10	100.00
CAUSA INTERMEDIA		

- ANEMIA AGUDA	09	90.00
- DESCONOCIDO	01	10.00
	10	100.00
CAUSA TERMINAL		

- SHOCK HIPOVOLEMICO MAS A.C.V.	07	70.00
- SHOCK HIPOVOLEMICO MAS HEMORRAGIA SUB ARACNOIDEA	01	10.00
- DESCONOCIDO	01	10.00
	10	100.00

FUENTE : Archivo de Historias Clinicas del HRDLM.

CUADRO N° 05 : MORTALIDAD MATERNA SEGUN PROCEDECIA, GRADO DE INSTRUCCION, ESTADO CIVIL,
CIVIL, CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES
CHICLAYO 1981 - 1990

CAUSA DE MUERTE MATERNA												
	CAUSA DIRECTA				CAUSA INDIRECTA				CAUSA NO MATERNA		TOTAL	
CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS	Infec.	E.H.E.	Res.	Sub-Total	Sub - Total	Sub - Total	Sub - Total	N	%	N	%	
PROCEDECIA	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
URBANO	03	04	01	08	21.05	01	25.00	01	33.33	10	22.22	
URBANO MARG.	07	05	06	18	47.37	02	50.00	02	66.66	22	48.27	
RURAL	07	02	03	12	31.58	01	25.00	--	--	15	28.89	
ED. DE INSTRUCCION:												
ANALFABETA	01	--	--	01	2.63	--	--	--	--	01	2.22	
PRIMARIA	05	04	04	13	34.21	03	75.00	--	--	16	35.56	
SECUNDARIA	05	06	02	13	34.21	--	--	01	33.33	14	31.11	
SIN DATO	06	01	04	11	28.95	01	25.00	02	66.67	14	31.11	
ESTADO CIVIL												
SOLTERA	02	01	--	03	07.89	--	--	02	66.67	05	11.11	
CONVIVIENTE	11	05	03	19	50.00	03	75.00	01	33.33	23	51.11	
CASADA	04	04	05	13	34.20	01	25.00	--	--	14	31.11	
IGNORADO	--	01	02	03	07.89	--	--	--	--	03	06.67	
CONTROL PRE-NATAL:												
SI	--	04	--	04	10.53	--	--	01	33.33	05	11.11	
NO	14	07	09	30	78.95	02	75.00	01	33.33	34	75.56	
IGNORADO	03	--	01	04	10.53	01	25.00	01	33.33	06	13.33	
TOTAL	17	11	10	38	100.00	04	100.00	03	100.00	45	100.00	

FUENTE : Archivo de Historias Clinicas del HRODM.

CUADRO N° 6 : MORTALIDAD MATERNA SEGUN EDAD GESTACIONAL, NUMERO DE GESTACIONES, PERIODO INTERGENESICO, ETAPA GRAVIDO PUERPERAL, MOMENTO DE MUERTE, EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO 1981 -1990

RIESGO OBSTETRICO	CAUSA DE MUERTE MATERNA															
	CAUSA DIRECTA				CAUSA INDIRECTA				CAUSA NO MATERNA				TOTAL			
	Infec.		I.E.H.E.		New.		Sub-Total		Sub-Total		Sub-Total		N		%	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EDAD GESTACIONAL																
< de 22 SEMANAS	07	--	01	08	21.05	01	25.00	01	33.33	10	22.22					
22 - 28	01	01	--	02	05.26	--	--	--	--	02	04.44					
29 - 36	02	02	02	06	15.79	02	50.00	01	33.33	09	20.00					
37 - 42	07	08	07	22	57.89	01	25.00	01	33.33	24	58.33					
DE GESTACION																
01	06	06	01	13	34.00	01	25.00	02	66.66	16	35.55					
02	03	02	01	06	15.79	02	50.00	--	--	08	17.77					
03	03	--	--	03	07.84	--	--	--	--	03	06.66					
04	01	02	01	04	10.53	01	25.00	--	--	05	11.11					
+ 05	04	--	07	11	28.94	--	--	--	--	12	26.66					
DESCONOCIDO	--	01	--	01	02.63	--	--	--	--	01	02.22					
INTERGENESICO																
PRIMIGESTAS	05	06	01	12	31.58	01	25.00	02	66.67	15	33.33					
2 AÑOS	04	01	01	06	15.79	02	50.00	--	--	08	17.78					
3 AÑOS	04	02	02	08	21.05	01	25.00	01	33.33	10	22.22					
4 AÑOS	03	--	03	06	15.79	--	--	--	--	06	13.33					
5 AÑOS	01	02	03	06	15.79	--	--	--	--	06	13.33					
GRAVIDO PUERPERAL																
PREPARTO	08	--	01	09	23.68	02	50.00	01	33.33	12	26.67					
POSTPARTO	--	01	--	01	02.63	--	--	--	--	01	02.22					
TOTAL	09	10	09	28	73.68	02	50.00	02	66.67	31	71.11					
MOMENTO DE MUERTE																
PREPARTO	02	--	--	02	05.26	02	50.00	01	33.33	05	11.11					
POSTPARTO	06	--	01	07	18.42	--	--	--	--	07	15.55					
TOTAL	09	11	09	29	76.32	02	50.00	02	66.67	33	73.23					
TOTAL	17	11	10	38	100.00	04	100.00	03	100.00	45	100.00					

: Archivo de Historias Clínicas del HRDLM.

CUADRO N° 07 : MORTALIDAD MATERNA SEGUN TIPO DE PARTO, ATENCION DE PARTO Y ATENCION HOSPITALARIA

EN EL HOSPITAL REGIONAL LAS MERCEDES - CHICLAYO 1981 - 1990

CAUSA DE MUERTE MATERNA												
CAUSA DIRECTA				CAUSA INDIRECTA				CAUSA NO MATERNA				TOTAL
CARACTERISTICAS DEL PARTO	Sub-Total			Sub-Total			Sub-Total			TOTAL		
	Inf.	E.H.E	Mem.	N	%	N	%	N	%	N	%	
TIPO DE PARTO												
VAGINAL	06	07	09	19	65.52	02	100.00	01	50.00	22	66.66	
DESARCA	03	04	03	10	34.48	--	--	01	50.00	11	33.32	
ATENCION DEL PARTO												
HOSPITALARIO	05	11	08	24	86.20	02	100.00	01	50.00	27	81.82	
EXTRA HOSP.	04	--	01	05	13.79	--	--	01	50.00	06	18.18	
TOTAL	09	11	09	29	100.00	02	100.00	02	100.00	33	100.00	
ESTANCIA HOSPITALARIA												
00 - 01	06	02	08	22	57.89	02	50.00	01	33.33	25	55.56	
02 - 07	06	03	02	11	28.95	01	25.00	01	33.33	13	28.89	
08 - 13	05	--	--	05	13.16	01	25.00	01	33.33	07	15.55	
TOTAL	17	11	10	38	100.00	4	100.00	03	100.00	45	100.00	

FUENTE : Archivo de Historias Clinicas del HRDLM.

(24-40 copias)

IV. DISCUSION

Durante el decenio estudiado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo 1981-1990, encontramos 45 casos de muerte materna de un total de 28995 nacidos vivos, esto representa una tasa de 15.51 por 10000 nacidos vivos, que resulta relativamente baja a compararlos con algunas estadísticas hospitalarias nacionales e internacionales reportadas por la Organización Mundial de Salud para países subdesarrollados (550 x 10000 N.V); en lo que se refiere a muerte materna por causa directa se encuentra la mayor casuística correspondiente al año 1990 con una tasa de 50.2 x 10000 N.V. y una relación de 1 x 199 pacientes, con ello se concluye que la tasa de muerte materna crece a expensas de la muerte materna directa correspondiéndole una tasa de 13.10, en el Perú la tasa de muerte materna última registrada es de (30.3 x 10000 N.V.) en estudio multicéntrico realizado por Cervantes y Col, en el año 1985.(3) Se reporta datos de mortalidad materna de 9.4 por 10000 nacidos vivos en la ciudad de Chiclayo (IPSS) en los últimos 10 años dicha tasa es en relativamente baja en comparación a nuestro estudio por tratarse de realidades

diferentes tanto en condiciones de infraestructura como condiciones socioeconómicas de su población. (2)

En cuanto al análisis de las tasas anuales de muerte materna se revela con los tres primeros años una tendencia constante en la disminución, con un ascenso marcado a partir del año 1985 hasta el año 1990 (gráfica N°01 A) que crece a expensas de la muerte materna directa como se aprecia en el gráfico (01), este incremento podría contribuirse a varias causas más aún considerando al máximo número de muertes maternas en el año 1990 y el menor número de recién nacidos durante los últimos años explicado porque en el Perú en la última década los gobiernos y las diferentes tendencias políticas han teorizado sobre la importancia de dar apoyo al binomio madre-niño por ser los grupos más vulnerables y de mayor riesgo de enfermar y morir, pero hasta hoy no se han dado las acciones necesarias para mejorar esta situación de abandono y desatención, lo anterior ha condicionado la alta tasa de mortalidad materna⁹ en el Perú. Situación hasta el momento imprevisible e incontrolable mientras no se efectúe un manejo y tratamiento adecuado mediante el control prenatal. (8)

En el Perú la tasa de muerte maternase encuentra en extremos muy variables desde 5.5 en Ica, hasta 90.4 en San Martín con un promedio de tasa de mortalidad materna global de 30 y una muerte materna hospitalaria de 16.5 x 10000 N.V.

a la que reporta a la nuestra por ser un estudio hospitalario.(3)

Como se puede apreciar la mortalidad materna en el Perú es muy alta, si hacemos un análisis retrospectivo de los trabajos realizados tenemos las siguientes referencias de las tasa de mortalidad materna en el Perú; 1962 - 1974, en el Hospital Materno Infantil "San Bartolomé"- Lima reporta 9.67, 1970 - 1980, Hospital Arzobispo de Loayza encontró 72.9; 1975 - 1984, el Hospital Cayetano Heredia - Lima, 28.50; en 1983, en el Hospital Rebagliatis Martíniss IPSS reporta 4.8; 1980 - 1990 en el Hospital IPSS Chiclayo reportan 9.4 y 1981 - 1990 nosotros en nuestro estudio encontramos 15.51 x 10000 N.V.

La tasa de muerte materna correlacionan bien con un número de variables sociales, las cuales actúan a través de factores médicos incrementando la disposición a desarrollar complicaciones potencialmente fatales lo cual corroboró con el hallazgo de Steegers (16) en Cuba de 5.08 convirtiendo a este país en el 1° o 2° lugar de menor tasa de muerte materna por su nivel socio - económico y su servicio de salud en favor del binomio madre - niño.

De acuerdo con la clasificación de las causas de muerte materna dada por la FIGO, en el grupo de causa directa (Infección, Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, Hemorragia) Se presentaron 38 muertes maternas (84.44%), en la causa indirecta 4 casos (8.88%), y en la causa no materna

3 casos (6.66%), la secuencia anterior en cuanto hace relación la prevalencia en cada uno de los grupos anotados, es similar al encontrado en otros trabajos (1,2,3,4,5,6,8,9,10,11,12,13,14,15,16,18,19,20).

La causa principal de muerte referida a nivel mundial es directa, que con diversas variaciones coincide generalmente en 03 principales causas: INFECCION, ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, HEMORRAGIA, las causas disminuirían conforme se desarrollan acciones de prevención. Hasta ahora la literatura revisada reporta índices bajos de muerte materna indirecta, que oscilan entre 7.2 y 26.31% (2,8).

La infección constituye la primera causa de muerte materna con 17 casos, siendo la infección puerperal (9 casos), el factor más importante en la sepsis obstétrica con 52.94%, cifras que coinciden con los hallazgos de Maradiegue, (74.63%) en Lima, López Gómez (41.67%), en Venezuela, Agüero (62.3%) y Muñoz Rañez (69.69%) en Colombia, al revisar las 09 muertes ocurridas en el puerperio se estableció que cuatro de las pacientes fueron atendidas fuera del HRDLM., llegaron en estado séptico avanzado terminado 03 casos en cesárea.

La evolución rápida y tórpida que presenta la sepsis obstétrica en la institución, se ve favorecida por las bajas condiciones socioeconómicas y culturales de la población que acude a ella y que conlleva necesariamente a estados severos de desnutrición y anemia, con la consecuente deficiencia

inmunitaria para hacer frente a la agresión. La consulta tardía una vez iniciada la infección, la falta de diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado en ocasiones, o el estado terminal en que ingresaron algunas de estas pacientes permiten la progresión del proceso séptico.(9,13).

La enfermedad hipertensiva del embarazo fué la causa del 28.94% (11 casos), cifra elevada al ser comparada con la que reporta Maradiegue (8) 8.42%, Zarate (19) con un 10% y López Bracho (6) 22.62%. En nuestro medio se ha encontrado un estudio similar pero en realidades diferentes resultados que discrepan con los hallazgos de Bernal y Quesquen (2) quienes ubican a la eclampsia como la principal causa de muerte materna en el Hospital Central Del Norte De IPSS. Chiclayo con 41.66%.

De los 11 casos estudiados, 05 ocurrieron en el parto, 04 en el intraparto y 02 en el puerperio inmediato, que concuerda con los hallazgos de López Bracho y otros autores. Del total, solamente 4 de ellas tuvieron control pre-natal, encontrándose como causa terminal de muerte el accidente cerebro vascular en un 45.45%, inducida por hipertensión arterial (63.6%). esta situación es favorecida por la falta de una motivación adecuada a través de campañas de salud que despierten en la embarazada la necesidad de utilizar los servicios de salud en la etapa prenatal.(2,6,8,9,11,14).

A pesar de los esfuerzos realizados en el Hospital Regional Docente Las Mercedes para mejorar el manejo de la enfermedad hipertensiva del embarazo siguen llegando pacientes con embarazo a término y complicaciones irreversibles producidas por la entidad en referencia. Si tenemos en cuenta que el 63.6% del total de pacientes muertas no tuvieron control pre-natal y se insiste en la importancia de mejorar la atención en los diferentes organismos de salud del país para detectar precozmente los signos y síntomas que obligarían a una pronta remisión de estos enfermos al nivel correspondiente y una atención más oportuna.

La hemorragia es la tercera causa de muerte materna con un 22.22%, que representa 10 casos, cifra que se encuentra en promedio de los diferentes estudios, los cuales varían desde 9.47% de Maradiegue (8), hasta 33% de López Bracho (5). En el presente estudio la causa básica de hemorragia fue la atonía uterina y el Desprendimiento Prematuro de la placenta con un 30% cada uno, conllevando a causa intermedia a anemia aguda por pérdida en un 90% que induce a una causa terminal de shock hipovolémico en un 90%, sospechamos que los valores anteriormente descritas son más altos por tener un 10% de datos desconocidos (1 caso), con un mejor manejo de la conducción y atención del parto y conductas más activas en el manejo de las causas de hemorragia, se

lograría reducir el número de muertes maternas por esta causa.

En el grupo de muerte materna indirecta hubo 04 casos que correspondieron al 8.88% del total de muertes, cifras que varían con la literatura revisada. Así López Bracho, encuentra 2.64% (7), Muñoz, un 9.91% (9), Zarate un 13.3% (20) y Maradiegue un 26.31% (8). Estas diferencias se puede justificar por ser la causa indirecta, patologías pre-existentes o sobreañegados a la gestación independientes a los factores obstétricos.

En nuestro estudio encontramos dos casos de pielonefritis, un caso de Tuberculosis y uno de Síndrome convulsivo. Al analizar en conjunto estos fallecimientos en relación con la patología pre-existente, se puede deducir que pacientes con una asesoría médica oportuna hubieran desistido temporal o definitivamente de un nuevo embarazo y en esta forma se hubiera evitado su muerte (9.14).

Dentro de la casuística general se ha producido 03 casos de muerte no materna representada en un 6.66% de la mortalidad materna general como se puede apreciar en los diferentes cuadros, se distribuye 01 en miasis, 01 anafilaxia, y 01 en intoxicación por órganos fosforados, podemos concluir que dichas causas no coinciden estadísticamente con otros estudios por ser un tipo de muerte accidental, pero si se mantiene el rango de los estudios realizados como por ejemplo Muñoz Gañez 2.3% (9);

Maradiegue 3.16% (8); García y Ráñez 8.05%; y Pacheco en un estudio de 25 años reporta un porcentaje de 13.6% (13).

La edad promedio de las pacientes fallecidas fue de 26.89 años, con un rango entre 15-44 años dividido por quinquenios, el mayor porcentaje estuvo en la tercera década de la vida. Las gestantes mayores de 35 y menores de 20 años son pacientes con riesgos obstétricos, esto se ha comprobado en este trabajo donde el 28.88% de la muerte materna se encuentra en este grupo de riesgo (1, 2, 8, 20), dato que coincide con estos estudios en donde el promedio que se hallaba coincide con el reportado por otros autores como Maradiegue, Lopez Gómez y Col, Aguero. Creemos que el alto atributo a la muerte que pagan las madres mayores de 35 años y más, podría estar en relación con el mayor número de gestaciones y por consiguiente el mayor número de exposiciones a todos los factores de riesgo del embarazo y parto que en cada oportunidad colocan a la madre en condiciones de inferioridad para responder a las demandas exigidas y aumentan la predisposición a cierta morbilidad.

En relación a la procedencia el 77.78% de la población proviene de la zona urbana marginal y rural con porcentaje de 48.89 y 28.89 respectivamente semejante al encontrado por Lopez Bracho 63.26% (6), en este grupo de pacientes existe un gran riesgo gineco obstétrico, por las condiciones socioeconómicas, por el análisis de datos de grado de instrucción, estado civil y su asistencia al programa de

control prenatal (cuadro N^o 05), y su asistencia en la atención del parto (cuadro N^o 07), de las muertes maternas, sólo el 31.11% contaba con un grado de instrucción de secundaria sea completa e incompleta el restante grado de instrucción inferior en similitud a lo referido por Uriza, Lopez (04), donde el mayor grado de instrucción es primaria con un 70.9%, en el estado civil más de la mitad son convivientes sumándose las madres solteras 11.11% y datos ignorados 6.67% lo que hace un total de 69%.

Este panorama deja apreciar las condiciones socio económicas de dicha población que no acuden a centros médicos por su control pre natal, además partos que son atendidos por empíricas 18.18%.

Finalmente esta población es de alto riesgo porque predomina condiciones de vida negativa como las mencionadas y otras más como disminución del ingreso per cápita, analfabetismo, desnutrición, prevalencia de infecciones crónicas como tuberculosis y otros, todo lo cual determina un inadecuado régimen de vida del cual es casi imposible un feto saludable y en condiciones de salud materna apropiada.

El control pre natal es fundamental para evitar complicaciones durante la evolución de la gestación y durante el parto. Este problema es muy complejo y nos solo pertenece al campo obstétrico sino también al ámbito social

y económico y fundamentalmente cultural, es decir es de suma importancia que la población sea instruida al respecto, sobretodo en la adolescencia y edad fértil.

Un hallazgo alarmante fue el alto porcentaje de 75.56% de pacientes sin control pre natal (cuadro Nº 05) lo cual coincide con lo señalado por Lairer y paz 75.4% (5), Lopez Bracho 76.59% (6), Uritza Lopez 72.2% (4), Zarate 88.3% (19) y otros autores que reportan más del 50% (18,25).

Al valor encontrado podemos sumarle el 13.33% de dato ignorado. Creemos que la falta de control pre natal guarda estrecha relación con el nivel socio económico con sus diferentes variables descritas anteriormente con grado de instrucción y procedencia; pero por otra parte lo consideramos un indicador del fracaso de la actual política de salud que nos obliga a reflexionar sobre la urgente necesidad de desarrollar una estrategia que permita lograr una mayor cobertura de atención pre natal con la máxima participación de la comunidad y sus servicios de salud y los logros de sus metas.

La Organización Mundial de la salud (11), refiere que la falta de cuidados pre natales se relacionan con frecuencia como factor contribuyente para la muerte materna en sus diferentes causas que crecen a expensas de muerte materna directa.

El análisis de la casuística por grupos de edad, número de gestaciones, edad gestacional, e intervalo intergenésico,

muestran la participación del riesgo obstétrico en cierta medida prevenible en la génesis o condicionamiento de las muertes.

Las gestantes mayores de 35 años y menores de 20 son gestantes con riesgo obstétrico esto se ha corroborado en este trabajo donde el 28.88% de la muerte materna se encuentra en este grupo de riesgo.

La primigestas y las pacientes con 5 o más gestaciones también son consideradas de riesgo obstétrico (6,8,25). En este estudio estos dos grupos constituyen el 62.21% (cuadro N° 06) de las muertes maternas cifras promedio comparativa con otros trabajos como Maradiegue y Lopez Eracho. Esta mayor incidencia de muertes de grandes multipáras primigestas refleja una doble relación entre la paridad y la mortalidad por un lado las primigestas sin control pre natal son campo fértil para todas las complicaciones obstétricas posibles y por otro lado las grandes multipáras que han vivido en repetidas oportunidades el trance del embarazo y el parto, están en condiciones de minusvalía para responder a las exigencias de un embarazo, en las primigestas se puede justificar por factor agregado que es la inestabilidad familiar ya que por lo general son solteras o convivientes, en resumen, la edad, el número de gestaciones elevadas o combinadas son causa de elevada mortalidad materna.

El mayor porcentaje 53.33% de muerte materna ocurridas en mujeres con embarazos a término (cuadro N° 6) este se

corresponde con los hallazgos de Pirnce Lara y otros más, en segundo lugar ocupado por embarazos de menos de 28 semanas con una cifra de 26.66%, se evidencia tal como la señala Prince Lara y Col. lo cual concluye que el aborto constituye un factor importante en la ocurrencia de las muertes maternas.

En cuanto a la forma de terminación del embarazo (cuadro N°07) encontramos que el riesgo de muerte fue mayor en el parto, predominando el parto vaginal por ser su tipo de atención en una tercera parte extra hospitalaria, dicho evento es justificado por el nivel socio económico de nuestra población anteriormente explicada y embarazos que llegan a término sin control pre natal que nos lleva un exitos letalis materna y perinatal.

Si consideramos que en nuestro país un alto porcentaje de partos son atendidos en la comunidad, la frecuencia de muertes maternas que ingresaron con diagnóstico de puerperio complicado de parto atendido por partera tradicional es impresionante (18.18%) esta patología disminuiría si se capta, capacita y supervisa parteras, especialmente en la detección de riesgo obstétrico y su derivación a los centros hospitalarios (2,8) con relación a la patología del parto y puerperio (2,5) atendidos en otros centros hospitalarios, se deberá insistir en una transferencia temprana y rápida a los centros de mayor complejidad.

El tiempo de hospitalización de las pacientes varía desde horas hasta 13 días de hospitalización y el mayor porcentaje de muertes 55.56 ocurrió en pacientes que permanecieron hospitalizadas menos días, lo cual se semeja a las cifras reportadas por López Bracho.

Este hecho nos permite catalogar la mayor parte de nuestras muertes como no institucionales sin embargo el 28.89% de las pacientes que murieron permanecieron hospitalizadas de 2 a 7 días y más de 8 días 15.55% lo cual en cierta parte refleja la calidad de atención institucional, es importante resaltar la gravedad de ingreso de estas pacientes y se pueden considerar principalmente el desconocimiento de la gravedad de la enfermedad y la deficiente educación para la salud de la comunidad.

V. RESUMEN Y CONCLUSIONES

RESUMEN:

La tasa de Muerte Materna se considera como el indicador de la situación socioeconómica cultural y sanitaria de un país (2,3,13), convirtiéndose en un indicador del estado de salud de un pueblo, más aún el reflejo de la calidad de atención que se brinda a la madre y al niño (2-3-8-11,13). El estado gravídico de una mujer determina una serie de modificaciones fisiológicas que repercuten en todo su sistema orgánico. Estas modificaciones son el resultado de la relación biológica de interdependencia mutua que se establece entre la madre y el feto, como mecanismo de adaptación y compensación, así planteamos que aparte de la modificaciones fisiológicas existe la influencia de factores tales como: edad, paridad, control pre natal, nivel socioeconómico, y otros que inciden sobre el riesgo de mortalidad materna.

A través del presente trabajo nos propusimos los siguientes objetivos:

- 1.- Determinar la tasa de Mortalidad Materna en el Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, entre los años 1981 - 1990.
- 2.- Identificar los factores asociados a la mortalidad materna.

Para cumplir los objetivos planteados se realizó un estudio descriptivo - retrospectivo de mortalidad materna tomando como muestra todos los casos de muerte materna ocurrido en el HRDLM entre los años 1981 - 1990. Para la recopilación de datos se utilizó un protocolo elaborado para tal fin, donde se registraron los datos obtenidos.

En este periodo se atendieron 28895 nacidos vivos con cuarenta y cinco muertes maternas ya que comprendió una tasa 15.5 x 10000 N.V. La edad promedio de las pacientes fallecidas fue de 26.89 años. Las pacientes en edad de riesgo obstétrico constituyen 28.88%, de los 45 casos, 38 fueron muertes maternas directas, 04 por causa indirecta, 03 por causa no materna. Hallaron una tasa de mortalidad materna de 15.51%, durante este decenio siendo la más alta 1990 con 60.20%; que ha crecido a expensas de Muerte Materna directa cuya tasa es 13,10.

El aborto incompleto infectado y la endometritis post parto fueron las causas básicas más frecuentes con el 35.29% y 23.2% respectivamente del total de muertes por infección.

Se demostró que la procedencia, el estado civil, el grado de instrucción, son indicadores del nivel socioeconómico que guardan estrecha relación con la muerte materna, convirtiendo en general a la población enferma donde la infección tanto *grávida puerperal como la no obstétrica* cobran una alta cuota de víctimas. Por lo

anteriormente dicho encontramos un alto porcentaje sin control pre natal 75.76%.

Con el presente estudio se demuestra que aparte de las modificaciones fisiológicas en estado gravídico existe la influencia de factores como edad, número de gestaciones, control pre natal, nivel socioeconómico, que constituyen riesgo obstétrico por la muerte materna.

CONCLUSIONES:

- 1.- La tasa de Muerte Materna en el HRDLM fue de 15.5 x 10000 N.V, la tasa anual más elevada se encontró en el año 1990 con 60.20 x 10000 N.V, y no registrandose ningun caso en 1983. La tasa de muerte materna directa fue 13.10 x 10000 N.V.
- 2.- La causa más frecuente de muerte materna es directa (44.44%), dentro de ella la infección (37.77%), y E.H.E. (24.44%), y la hemorragia (22.22%).
- 3.- Las causas básicas de muerte materna por infección más frecuente fueron el aborto incompleto infectado y la endometritis puerperal.
- 4.- La causa básica de muerte materna por hemorragia más frecuente fue la atonía Uterina y el deprendimiento prematuro de placenta.

- 5.- Solamente el 11.11% de las pacientes fallecidas tuvieron control pre natal constituyendo el principal factor de riesgo.
- 6.- El 55.56% de las pacientes fallecieron en las primeras 24 horas (muerte no institucional).

VI. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

- 1.- Adoptar las historias clínicas del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP).
- 2.- Mejorar las condiciones de nuestros centros asistenciales, hospitalarios y rurales.
- 3.- Reentrenar periódicamente al personal profesional y técnico de salud que esté comprometido en la atención de la mujer.
- 4.- Captación, capacitación y supervisión de las parteras tradicionales de modo que sus aptitudes, costumbres y habilidades se aprovechen para mejorar su atención en el parto domiciliario y conseguir que este sea más limpio y de menor riesgo. Esta capacitación debe respetar su cultura y proporcionar pautas que apliquen criterios de riesgo.
- 5.- Ampliar la cobertura en planificación familiar y promover la esterilización quirúrgica voluntaria en los grupos de pacientes identificados como de alto riesgo reproductivo.
- 6.- La muerte de causa indirecta, se puede evitar a través de la motivación directa hecha en pacientes detectadas

como de alto riesgo para una nueva gestación y lograr la aceptación de evitarla en forma temprana o permanente.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AGUERO. D., TORRES J. Mortalidad Materna en la Maternidad Concepción Palacios, 1975 - 1981. Rev. de Obst.
2. BERNAL C. QUESQUEN. A. Mortalidad Materna en HCN IPSS, 1980 - 19 0. CHICLAYO. UPCH. Tesis de Bach. 1990.
3. R. CERVANTES, T. WATANABE, J. DENEGRI Muerte Materna y Muerte Perinatal en los Hospitales del Perú. Lima - Perú. Ministerio de Salud, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, 1988 pp. 218.
4. GARCIA, G. RAREZ, H. Mortalidad Materna Hospital Materno Infantil 1983 - 1984 ; Rev. Colombia Obst. y Gin. 1986 ; 1 (37); 17-45.
5. LAIRET. O. PAZ. L. Mortalidad Materna en el Hospital Central Portuguesa Acarigua-Araure (1970-1984). Rev. Ven. Obst. y Gin. 1986 1(46) : 33-36.
6. LOPEZ. JR; BRACHO C. Mortalidad Materna en el Servicio de Obstetricia del Hospital Doctor Adolfo Prince Lara. Rev. Ven. Obst. y Gin. 1985 ; 1(45) : 37-46.

7. LOPEZ. JR; BRACHO, C. y COL. Operación Cesárea en el Servicio de Obstetricia del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara. Puerto Cabello. Decenio 1974-1983. Rev. Obst. y Gin. Ven. 1986 ; 138-142.
8. MARADIGUÉ, E. Mortalidad Materna en el Hospital Cayetano Heredia. Act. Med. Per. 3(13) : 41-45.
9. MUÑOZ, L. , RIVERA, H. y COL. Mortalidad Materna Instituto Materno Infantil 1976-1980. Rev. Obst. y Gin. Colom. 1985 ; 4(36) : 227-246. COLOMBIA. Organización Mundial de la Salud (OMS) Ginebra.
10. ORELLANA, M., ESPINOZA, L. Y COL. Análisis de la Mortalidad Materna en Chile de 1981 y sus factores asociados según el Certificado de Defunción. Rev. Chil. Obst. y Gin. 1984 ; 2(4) :71-83. Vol. X LIX.
11. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.(OMS) Mortalidad Materna : Ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. Cron. OMS- GINEB. 1986 ; 40(5) : 195-205. Organización Mundial de la Salud (OMS) Ginebra.

12. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.--- (O.M.S.) Hacia un futuro mejor, Salud de la Madre y del Niño. OMS-GINEBRA. 1981.
13. PACHECO, J., HUAMAN, M. Y COL. Mortalidad Materna en el Hospital Nacional Rebaglati Martins, IPSS. Experiencia de 25 años. Rev. per. Obst. y Gin. 1989; 8(25) : 13-21.
14. RUIZ, J., RODRIGUEZ, C. Y COL. Mortalidad Materna en el Hospital Central Militar. Rev. Obst. y Gin. Mexico 1982; 98(50) : 29 - 32.
15. SANTIVANEZ, V. Estudio Descriptivo de los factores asociados Maternos Relacionados a la Mortalidad en el Hospital Arzobispo Loayza, Años 1982 - 1985. UPOCH Tesis para optar el Título de Especialista en Obstetricia y Ginecología. 1987.
16. STEEGERS, E. Mortalidad Materna en Cuba. Decenio 1970-1979. Rev. Cub. Adm. Salud. 1983 ; 4(9) :305-315.
17. URIZA G. LOPEZ G. Y COL. Estudio Hospitalario de Mortalidad Materna (Estudio de 400 casos) Rev. Col. Obst. y Gin. 1982 ; 5(33) : 325-341.

18. VELASCO, A., BARRIBA, H. Mortalidad Materna y Perinatal en los Estados Hipertensivos del Embarazo. Rev. Colombia Obst. y Gin. 1984 ; 1(35) 18-81.

19. YI, N. Mortalidad Materna en el H.M.I. " San Bartolome " (01 de Febrero de 1962 - 01 de Septiembre de 1974) UNMSM. Tesis de Bach. 1974.

20. ZARATE, J. Mortalidad Materna en el Hospital Arzobispo Loayza 1970 - 1980. Estudio de 120 casos. UP - CH. Tesis Doctoral 1984.

A N E X O

ANEXO

PROTOCOLO

FORMATO

I.

NOMBRE

EDAD

PROCEDENCIA:

URBANO URBANO MARGINAL RURAL

GRADO DE INSTRUCCION

ESTADO CIVIL

OCCUPACION

II.

EDAD GESTACIONAL Nº DE GESTACIONES

ETAPA GRAVIDO-PUERPERAL:

A. EMBARAZO

B. PARTO CPN

C. PUERPERIO

PERIODO INTERGENESICO

FORMA QUE TERMINO EL EMBARAZO:

A. SIN DAR A LUZ ()

B. ABORTO ()

C. PARTO ()

III. TIPO DE PARTO:

ESPONTANEO ()

CESAREA ()

TIPO DE ATENCION:

HOSPITALARIA ()

EXTRA HOSPIT. ()

IV. MUERTE MATERNA DIRECTA:

A. INFECCION:

a) Aborto:

b) Puerperio:

Endometritis

c) Otras complicaciones

.....

B. TOXEMIA:

TIPO:

Preparto Intraparto

Post-parto

COMPLICACIONES:

Hemorragia Subcapsular Hepática

Edema Pulmonar Edema Cerebral.....

Abruptio Otros

C. HEMORRAGIAS:

1) Atonia 2) Inversión uterina.....

3) Ruptura Uterina.... 4) Perforación Uterina...

5) Acretismo 6) Retención de Placenta....

- 7) Placenta Previa.... 8) DPP
- 9) Aborto Incompleto ..10)Desgarro Vaginal.....
- 11) Embarazo Ectópico

V. MUERTE MATERNA INDIRECTA:

CARDIODRESPIRATORIAS:

TBC Otras

RENALES:

Glomerulonefritis Otras

TUMORALES:

.....

PARASITARIAS:

.....

VIRALES:

Leucemia Diabetes

Fiebre Reumática..... Otras

VI. MUERTE NO MATERNA:

Intoxicación Exógena Anafilaxia.....
Suicidio Coma de origen desconocido...
Paludismo Edema Pulmonar.....
Neumonía Apendicitis
Gangrena Tétanos
Infarto Otros

VII. MUERTE INSTITUCIONAL (ESTANCIA HOSPITALARIA):

24 horas
Mas de un día (especificar n° de días)

VIII.

A) CAUSA BASICA DE MUERTE
B) CAUSA INTERMEDIA DE MUERTE
C) CAUSA TERMINAL

IX. COMENTARIOS:

.....
.....
.....
.....

