

MORTALIDAD MATERNA EN EL
HOSPITAL DE APOYO III
"VICTOR LAZARTE ECHEGARAY" IPSS
TRUJILLO 1981 - 1990

TESIS
PARA OPTAR EL TITULO DE
OBSTETRA



AUTOR: **Roberto Gustavo Atilano Urbina**

ASESOR: — **Dr. FRANCISCO ARTURO AZNARAN CASTILLO**

Dr. JORGE RODRIGUEZ GOMEZ

FACULTAD DE OBSTETRICIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

TARAPOTO - PERU
1992

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL DE APOYO III "VICTOR LAZARTE
ECHEGARAY" IPSS-TRUJILLO-PERU, PERIODO 1981-1990

PRESENTADO POR :

ROBERTO GUSTAVO ATILANO URBINA

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL EN OBSTETRICIA

ASESORES :

Dr. JORGE RODRIGUEZ GOMEZ.

Dr. FRANCISCO ARTURO AZNARAN CASTILLO.

TARAPOTO-PERU

1992

Dedico el fruto de mi esfuerzo
a mis queridos padres Pablo y
Carmen; a mis hermanos
Yolanda, Manuel, Guillermo,
Edilberto, Doris, Juan Pablo y
Ana por el apoyo incondicional,
económico y moral; que me
brindaron para el logro de tan
sacrificada profesión.

Con mucha gratitud a los Dres. Francisco Arturo Aznarán Castillo y Jorge Rodríguez Gomez, por sus valiosas orientaciones en la elaboración del presente trabajo.

Por las orientaciones y sabias enseñanzas que he recibido mi más profundo agradecimiento a la Plana Docente del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo III "Victor Lazarte Echegaray" IPSS Trujillo.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL DE APOYO III "VICTOR LAZARTE
ECHEGARAY" IPSS-TRUJILLO-PERU, PERIODO 1961-1990.

AUTOR : ROBERTO GUSTAVO ATILANO URSINA

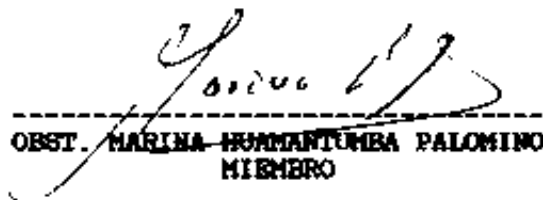
JURADO CALIFICADOR :



DR. FEDERICO TINTA JUNCO
PRESIDENTE



OBST. LEOCADIA SALAS PILLACA
MIEMBRO



OBST. MARINA HUMANTUMBA PALOMINO
MIEMBRO

TARAPOTO-PERU

1992

INDICE

	PAGINA
I.- INTRODUCCION	1
II.- MATERIAL Y METODO	6
III.- RESULTADOS	8
IV.- DISCUSION Y COMENTARIO	13
V.- CONCLUSIONES	21
VI.- SUGERENCIAS	22
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	23
VIII.- ANEXO	26

INTRODUCCION

Se define Muerte Materna a la defunción de la mujer por cualquier causa, durante el embarazo hasta los 42 días después de la finalización de la gestación, sin tener en cuenta la edad del embarazo en el momento de la determinación o el método por el cual el mismo fue determinado (1).

La mortalidad materna es un indicador válido, que refleja la realidad acerca de la calidad médica obstétrica que se brinda una población determinada en cualquier centro asistencial y a la vez mide el desarrollo de un país o de una región (1) (2).

Si bien la muerte materna es un hecho biológico, ocurrido como consecuencia de acontecimientos fisiopatológicos fatales como hemorragia, infección, aborto, etc., es necesario determinar las causas y los factores condicionantes que predisponen o agravan este hecho (2).

La sorprendente reducción del índice de mortalidad materna que se ha registrado en los países desarrollados se debe a múltiples factores y circunstancias. Sin duda se han realizado importantes mejoras y progresos en la práctica médica. El amplio uso de las transfusiones sanguíneas y de los antibióticos, y el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico y ácido-básico en las graves complicaciones del embarazo y del parto han transformado por completo la práctica de la obstetricia. No menos

importante es la intensa campaña de formación práctica obstétrica y programas de formación de especialistas más y mejor capacitado (3).

En los países en vías de desarrollo entre los cuales se encuentra nuestro país la mortalidad materna es alta comparada con los países industrializados en donde se observa que las hemorragias, infecciones y la hipertensión inducida por el embarazo son las causas más frecuentes (3) (4).

La hipertensión inducida por el embarazo ocupa un lugar secundario en la mayoría de países sub desarrollados, mientras que en los desarrollados desplazan en importancia a la hemorragia e infección. Este hecho se explicaría porque los países desarrollados, que aplican los recursos de salud con mayor eficacia, tienen una tecnología más efectiva, para controlar la hemorragia y la infección que para la hipertensión inducida por el embarazo (4).

Las causas de las hemorragias obstétricas son múltiples: hemorragia uterina inmediatamente después del parto, hemorragias originadas por el aborto, hemorragias por la rotura de las trompas de falopio (embarazo ectópico), hemorragia consecutiva a la implantación o separación anormal de la placenta (placenta previa y desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada) y hemorragias por rotura uterina. La hipertensión inducida o agravada por el embarazo que se presenta en el 6 a 7%

3-4
(copy)

de las embarazadas va acompañada en general, de edema y proteinuria (preeclampsia) y, en algunos casos graves de convulsiones y coma (eclampsia). La infección puerperal del canal del parto suele iniciarse en forma de metritis, que algunas veces se propagan hasta dar lugar a abscesos pélvicos o abdominales, peritonitis, tromboflebitis, bacteriemias y foco de infección distantes (4) (5).

A nivel internacional el número de muertes maternas ha disminuído notablemente en el último cuarto de siglo, así en Estados Unidos (6) la tasa de mortalidad materna fluctúa entre 0.9 y 1.7 por 10,000 nacidos vivos; en Inglaterra y Gales (6), se reporta una tasa de 2.1 por 10,000 nacidos vivos y en el Japón (6), la tasa reportada fue de 4.5 por 10,000 nacidos vivos.

Los estudios en Latinoamérica también reportan una tendencia descendente de la mortalidad materna en los últimos años; así el Instituto Materno Infantil (1976-1980) de Bogotá (7), reporta una tasa de mortalidad de 15.04 por 10,000 nacidos vivos; la Maternidad Concepción Palacios (1975-1981) de Venezuela (8), reporta una tasa de 18.6 por 10,000 nacidos vivos; el Hospital Central Militar de México (9), reporta 71 casos de muerte materna ocurridas en un período de 12 años encontrándose una tasa de 23.07 por 10,000 nacidos vivos; Cuba (10), entre 1970 y 1979 tuvo una tasa de 28.6 por 10,000 nacidos vivos; Chile (11), reporta una tasa de 21.1 por 10,000 nacidos vivos; Brasil

(12), tuvo una tasa de 4.84 por 10,000 nacidos vivos.

La tasa de mortalidad materna a nivel Nacional * continúa siendo elevada no obstante que va descendiendo en el transcurso de los años; así en 1980 fue de 32.0 por 10,000 nacidos vivos y en 1987 alcanzó una tasa de 30.3 por 10,000 nacidos vivos según estudios realizados (13). Cervantes (13), en un estudio de mortalidad materna hospitalaria en el Perú, reporta una tasa promedio de 16.5 por 10,000 nacidos vivos, siendo la más alta en el Departamento de San Martín con 90.3 y la más baja en Ica con 5.5 por 10,000 nacidos vivos. Estas diferencias se estima que están en íntima relación con el estado socio-económico, cultural y sanitario de una región. La Maternidad de Lima (14), en el último quinquenio (1980-1984), tuvo una tasa de mortalidad materna de 9.3 por 10,000 nacidos vivos; el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins IPSS (15), en un estudio realizado de 25 años (1956-1983), reporta 154 casos de muerte materna con una tasa de 4.8 por 10,000 nacidos vivos; el Hospital Cayetano Heredia de Lima (16), reporta entre 1975 y 1984 una tasa de 28.56 por 10,000 nacidos vivos; el Hospital Regional Docente de Trujillo (17), entre 1964 y 1984, tuvo una tasa de 20.26 por 10,000 nacidos vivos; el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo (18), reporta (1981-1990) una tasa de mortalidad materna de 15.5 por 10,000 nacidos vivos; el Hospital de Apoyo Eleazar Guzmán Barrón de Chimbote (19), entre 1982 y 1989 tuvo una tasa de 16.0 por 10,000 nacidos vivos; el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa (20) (1966-1984), encontró en 1966

una tasa de 22.9 por 10,000 nacidos vivos y en el último año en 16.0 por 10,000 nacidos vivos; el Hospital Regional Base Docente de Ica (20), reporta 28 defunciones maternas (1967-1981), que representa una tasa de 11.6 por 10,000 nacidos vivos; el Hospital Regional de Cuzco (20), reporta 161 fallecimientos (1964-1984), con una tasa de 38.6 por 10,000 nacidos vivos.

MATERIAL Y METODO

Para el presente estudio se han revisado en forma retrospectiva los informes estadísticos y las historias clínicas de las muertes maternas ocurridas en el Hospital de Apoyo III "Doctor Lazarte Echegaray" del Instituto Peruano de Seguridad Social de Trujillo-Perú, en el período comprendido entre 1981 a 1983, habiéndose encontrado 05 casos de muertes maternas en ese lapso. Cabe mencionar que no se encontraron 02 historias clínicas, obteniéndose datos indirectos a través de anotaciones en libro de partos y Neonatología. De las historias clínicas localizadas se reporta la edad materna, gravidez, semanas de gestación, motivo de ingreso y causa de muerte. No hubo necropsias.

Las causas de muerte fueron clasificadas de acuerdo a las indicaciones y bases de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como la clasificación de muerte materna Directa, Indirecta y no relacionada (21) :

- **Muerte Materna Directa** : Es la muerte materna producida como resultado de una complicación obstétrica del estado de embarazo, parto o puerperio, por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos que resultaran de cualquiera de lo mencionado. Ejm. : Hemorragia

hemorragia uterina, shock séptico por aborto, convulsiones de eclampsia, insuficiencia renal por ligadura de uréteres durante una cesárea, etc.

- **Muerte Materna Indirecta** : Es la muerte materna no debida directamente a una causa obstétrica, sino como resultado de una enfermedad preexistente o de una enfermedad que se desarrolla durante el embarazo, parto o puerperio; pero que es agravada por la adaptación fisiológica del embarazo. Ejm. : Insuficiencia cardíaca por estenosis mitral, apendicitis aguda perforada, etc.
- **Muerte Materna No Relacionada** : Es la muerte de una mujer en el proceso del embarazo, parto o puerperio como resultado de causas incidentales no relacionadas con el embarazo. Ejm. : Muerte en accidente automovilístico, asesinato, etc.

Tasa de Muerte Materna : Número de muertes maternas que se producen como resultado del proceso reproductor por 100,000 nacidos vivos.

Para el cálculo de la tasa se consideró por 10,000 nacidos vivos.

RESULTADOS

En los últimos 10 años ocurrieron 05 muertes maternas, habiéndose atendido en ese lapso 16,940 partos con 16,857 nacimientos vivos, lo que representa una incidencia de 2.9 por 10,000 nacidos vivos.

En el Cuadro 1 se observa como varió la incidencia de muerte materna de año a año, excepto en 1987 que sucede un incremento por presencia de dos muertes maternas, para luego bajar por el aumento del número de partos y por ende un descenso en la incidencia.

En el Cuadro 2, vemos que la edad de ingreso de las pacientes varió entre 23 y 38 años y reflejó el tipo de gestantes que se atienden en el hospital.

El 80% estaba constituido por primigestas, dato un poco alto en relación con la paciente comúnmente atendida en este hospital, no hubo secundigestas, más bien una tercigesta (20%) y una múltipara (20%), éste podría explicarse como embarazo de alto riesgo no detectado a tiempo.

Las semanas de gestación al momento del ingreso varió entre 32 y 40 semanas, con un promedio de 36 semanas. Hubieron dos muertes que se produjeron a las 36 semanas de gestación, una paciente que ingresó en trabajo de parto y otra con

desprendimiento prematuro de placenta, además se registró la muerte de una púérpera de 35 días que ingresó con pelviperitonitis, llama la atención la falta de muertes por aborto. El 80% de los pacientes fallecidas tuvo control prenatal.

En cuanto al motivo de ingreso, fue de dos en trabajo de parto (40%), una con Hemorragia del tercer trimestre (20%), un caso con pelviperitonitis (20%) y una gestante con bronconeumonía (20%).

El parto espontáneo fue mayor (60%), que las cesáreas (40%), asimismo la estancia hospitalaria en nuestro hospital fue mayor, con un promedio de 6 días. El 40% de las muertes fueron en el puerperio. No hubieron necropsias.

Las causas de muerte materna están detalladas en el cuadro 3. Las causas obstétricas directas representaron dos de cinco muertes (40%), siendo la infección (20%) y la hemorragia (20%) en igual proporción.

Cabe señalar que no hubo muertes por hipertensión inducida por el embarazo. La muerte por infección se debió a infección por episiorragia por anaerobio de gran virulencia. En cuanto a la hemorragia hubo un caso de desprendimiento prematuro de placenta, la cual llegó con shock hipovolémica.



Entre las causas obstétricas indirectas se reportó un caso (20%) con pelviperitonitis por enfermedad inflamatoria pélvica en puérpera de 35 días.

De las causas no obstétricas, hubo una muerte (20%) por hemorragia cerebral nacida por probable ruptura de malformación vascular cerebral y otra (20%) a consecuencia de una bronconeumonía.

CUADRO Nº 1

**MORTALIDAD MATERNA HAITI "VLE" IPSS-T (1981-1990)
INCIDENCIA**

Años	Mortalidad Materna	Nº Partos	X000	Nº N.V.	X000
1981	0	1690	-	1693	-
1982	0	1933	-	1934	-
1983	0	1714	-	1716	-
1984	0	1476	-	1475	-
1985	1	1278	7.8	1282	7.8
1986	1	1313	7.6	1303	7.6
1987	2	1618	12.4	1611	12.4
1988	0	1990	-	1984	-
1989	1	2080	4.6	2083	4.6
1990	0	1778	-	1776	-
1981-1990	5	16940	2.9	16857	2.9

CUADRO NO 2
MORTALIDAD MATERNA HALLI "VLE" IPSS-T (1981-1990)
CARACTERISTICAS

Características		Nº Casos	Porcentaje
EDAD	23-26 años	2	40
	27-30 "	1	20
	31-34 "	1	20
	35-38 "	1	20
GRAVIDEZ	1	3	60
	2 - 3	1	20
	4 - 5	1	20
EDAD GESTACIONAL	32-36 sem.	3	60
	37-40 "	1	20
	Puerperio	1	20
CONTROL PRE-NATAL	Si	4	80
	No	1	20
MOTIVO DE INGRESO	Trabajo de Parto	2	40
	Pelvipеритонitis	1	20
	Desprendimiento Pre- maturo de Placenta	1	20
	Bronconeumonía	1	20
TIPO DE PARTO	Parto Espontáneo	3	60
	Cesárea	2	40
ESTANCIA HOSPITALARIA	00 - 01 días	2	40
	02 - 03 "	2	40
	04 - 23 "	1	20
MOMENTO DE MUERTE	Embarazo	1	20
	Parto	1	20
	Puerperio	2	40
AUTOPSIA	Si	0	00
	No	5	100
TOTAL :		5	100

CUADRO N° 3
MORTALIDAD MATERNA HAIH "VLE" IPSS-T (1981-1990)
CAUSA DE MUERTE

Causa	Nº Casos	Porcentaje
DIRECTA		40
INFECCION	1	20
Shock séptico puerperal		
HEMORRAGIA	1	20
Desprendimiento prematuro de placenta		
INDIRECTA		20
Enfermedad Inflamatoria Pélvica	1	20
NO MATERNA		40
Bronconeumonía	1	20
Hemorragia Cerebral Masiva	1	20
TOTAL :	5	100

DISCUSION Y COMENTARIO

En los últimos años de actividad de nuestro hospital, ocurrieron 05 muertes maternas y 16,857 nacidos vivos. La incidencia de 2.9 por 10,000 nacidos vivos resultante es muy satisfactoria si lo comparamos con estadísticas extranjeras y nacionales. Las de Estados Unidos de Norteamérica (6), país desarrollado más cercano a nosotros fluctúa entre 0.9 y 1.7 por 10,000 nacidos vivos. En Inglaterra y Gales (8), la tasa reportada es de 2.1 por 10,000 nacidos vivos; en Japón (6) la tasa es de 4.5 por 10,000 nacidos vivos. En el Perú, la incidencia encontrada en un estudio reciente de Cervantes (13), fue de 18.5 por 10,000 nacidos vivos; la Maternidad de Lima (14), reporta una incidencia de 9.3 por 10,000 nacidos vivos en 1984; el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins IPSS (15), reporta una tasa de 4.8 por 10,000 nacidos vivos en 1983; el Hospital Cayetano Heredia de Lima (16), indica una tasa de 28.56 por 10,000 nacidos vivos en 1984; el Hospital Regional Docente de Trujillo (17), tuvo una tasa de 20.26 por 10,000 nacidos vivos en 1984; el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo (18), reporta una tasa de mortalidad de 15.5 por 10,000 nacidos vivos en 1990; el Hospital de Apoyo Eleazar Guzmán Barrón de Chimbote (19), tuvo una tasa de 16.0 por 10,000 nacidos vivos en 1989; el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa (20), encontró una tasa de 16.0 por 10,000 nacidos vivos en 1984; el Hospital Regional Base Docente de Ica (20), reporta una tasa de 38.6 por

10,000 nacidos vivos en 1984.

La mortalidad materna en el Hospital de Apoyo III "Victor Lazarte Echegaray" IPSS-Trujillo, a excepción del año de 1987 a ido disminuyendo, ésto se debe a que contamos con una infraestructura razonablemente adecuada, personal entrenado y recursos suficientes que hacen posible una mejor atención a la paciente (cuadro 1).

La edad de las madres que fallecieron fue similar a la población que atiende el hospital, con un promedio de edad de 29.6 años, el grupo más afectado estuvo comprendido entre los 23 y 28 años (40%). No se encontraron factores de riesgo por la edad, debido a que la paciente atendido en nuestro hospital es algo mayor de edad, tiene mejor condición socio-económica ya que generalmente trabaja o es cónyuge de trabajador y está mejor informado (15).

Estudios hospitalarios en Latinoamérica reportan como grupo más afectado entre los 20 y 30 años con 20 y 27% , fenómeno fácilmente explicable por el período más reproductor de la mujer.

Pero los grupos etáreos de mujeres muy jóvenes (10 a 20 años) y añosas (mayores de 30 años) constituyen grupos de alto riesgo de enfermar y morir. Ruiz, en México (9), reporta una mayor frecuencia de muerte entre los 21 y 25 años; Steagre, en Cuba (10), reporta mayor incidencia entre los 15 y 19 años.

En nuestro país las madres muy jóvenes y muy ancianas representan el 12 y 15% del total de gestantes en donde la mortalidad materna es muy alta. Mascaro (14), en la Maternidad de Lima reporta que el 12% de muertes ocurrieron en adolescentes y el 29% de mujeres mayores de 35 años; Pacheco (15), en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins IPSS, reporta una mayor incidencia entre los 25 y 29 años (26.6%); Caffo (17), en el Hospital Regional Docente de Trujillo, reporta que la mayor incidencia de muerte se produjo entre los 21 a 30 años (43.68%), con una edad mínima de 17 años y una máxima de 42 años; Heredia (18), en el Hospital Regional Las Mercedes de Chiclayo, reporta mayor incidencia de muertes entre los 20 a 29 años con un promedio de edad de 28 años; Wong (19), reporta que la mayor incidencia de muertes se produjo entre los 20 y 24 años (50%).

La mayoría de las pacientes fallecidas (80%) en nuestro estudio cursaban su primera gestación, incidencia elevada si lo comparamos con otros estudios. Mascaro (14), reporta que el 20% de las muertes se produjo en nulíparas y el 34% en multíparas; Pacheco (15), reporta mayor incidencia en multigestas (43%); Caffo (17), encontró una incidencia de 30% en nulíparas y de 34% en multíparas; Heredia (18), reporta una mayor incidencia de muerte en primigestas (35.55%); Wong (19), encuentra mayor incidencia en primigestas (42%).

El tiempo de gestación en que se presentaron las



pacientes al momento de su ingreso varió entre 32 y 40 semanas.

Hubieron dos muertes registradas que se produjeron a las 36 semanas de gestación, una paciente que ingresó en trabajo de parto y otra con desprendimiento prematuro de placenta, además se registró la muerte de una puerpera de 35 días que ingresó con el diagnóstico de pelviperitonitis. No hubo muerte por aborto como los registrados por otras investigaciones, así Pacheco (15), reporta que el 8% de las muertes tenían 12 ó menos semanas de gestación y un total de 27% menos de 20 semanas, la mitad de éstas mujeres murieron por aborto séptico; Caffo (17), reporta mayor incidencia en muertes entre las 36 y 40 semanas de gestación (50.70%).

La mayoría de gestantes fallecidas tuvo control prenatal (80%), porcentaje elevado a los reportados por otros estudios. Pacheco (15), reporta que el 65.8% de las fallecidas tuvo control prenatal; Caffo (17), reporta que solo el 22.54% tenía control prenatal; Heredia (18), reporta que el 11.11% de las fallecidas tenían control prenatal, y este bajo porcentaje se encontraba en íntima relación con el nivel socio-económico de la paciente.

El 40% de las pacientes en nuestro estudio ingresó en trabajo de parto, dato superior obtenidos por Pacheco (15), quien reporta que el 26.3% ingresó en trabajo de parto.

El parto espontáneo fue mayor en nuestro estudio (60%) y

la incidencia de cesáreas (40%) coincide con la de otros hospitales del Perú (15) (17) (18).

La estancia hospitalaria encontrada también fue mayor, en relación a otros hospitales y tuvo un promedio de 6 días. Pacheco (15), reporta un promedio de estancia en 4.2 días; Caffo (17), reporta que el 22.53% fallecieron antes de la 24 horas; Heredia (18), reporta un promedio de estancia de 2.9 días; Wong (19), reporta que las muertes ocurrieron dentro las primeras 48 horas. Esta estancia mayor encontrada en nuestro estudio se debe a que contamos con los recursos hospitalarios como : laboratorio, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados especiales, trabajo médico-obstétrico y de enfermería permanentes; así como las condiciones socio-económica y ayuda familiar, con los que no cuentan otros hospitales del Perú (2) (13).

También observamos una menor incidencia en nuestro estudio de muertes en el puerperio (40%), si la comparamos con otras investigaciones hechas, así Pacheco (15) reporta 55%; Heredia (18), reporta 71.11% . Esta incidencia menor nos demuestra una atención más oportuna dentro del hospital y la existencia del banco de sangre cuya falta en los hospitales pequeños del país es conmovedor (13).

No hubo necropsias porque generalmente el familiar niega el permiso y no contamos con un servicio en patología permanente y equipado.

En el cuadro 3, vemos las causas de muerte materna en donde se considera que los mayores porcentajes se hallan dentro de los grupos Directas y No Maternas, con dos casos cada una (40%), y en segundo lugar se encuentran las Indirectas con un solo caso (20%) datos contradictorios a los obtenidos a nivel Internacional y Nacional; así Muñoz (7), de Bogotá, reporta que el mayor porcentaje de muertes se debió a causas directas con 87.8% ; Ruiz (9), de México, encuentra mayor incidencia en muertes por causas directas (89.01%). Cosa similar ocurre a nivel nacional, así Pacheco (15), reporta como primera causa de muerte las Directas con 71.4% , seguido de las Indirectas con 14.4% y las No Maternas; Caffo (17), encuentra mayor incidencia de muertes en las Directas con 83.08% , el segundo lugar correspondió a las Indirectas y No Maternas con 19.6% cada una; Heredia (18), reporta que el 84.44% de muertes correspondieron a las Directas, seguida de las Indirectas con 8.88% y las No Maternas con 8.88%.

La Infección y la Hemorragia fueron las causas de muerte Directa en nuestro estudio, con un caso cada uno (20%). No hubo muerte por hipertensión inducida por el embarazo como los reportados por otros hospitales del país, en donde se observa que ocupe los primeros lugares como causa de muerte Directa. Mascaro (14), reporta que la infección (34%), toxemia (22%) y la hemorragia 6%) fueron las causas Directas de muerte materna; Pacheco (15), reporta como causa de muerte a la infección

(15.3%), EHE (21.4%) y hemorragia (16.8%); Caffo (17), encuentra como causa Directa a la EHE (38.03%), e infección (21.13%); Heredia (18), reporta que la infección (37.77%), EHE (24.44%) y hemorragia (22.22%), fueron las causas de muerte Directa.

Las muertes Indirectas representaron en nuestro estudio la segunda causa de muerte materna, con un solo caso (20%), y se debió a enfermedad inflamatoria pélvica, este porcentaje obtenido es similar a los reportados por otros estudios. Mascaro (14), reporta que el 22% de muertes se debió a causas Indirectas donde la TEC, cardiopatías, embolia pulmonar, mola y coriocarcinoma fueron las causas principales; Pacheco (15), encuentra que el 14.9% de muertes fue por causas Indirectas, donde se observa que la embolia pulmonar, trastornos cardiovasculares y necrosis hepática están entre las principales causas; Caffo (17), reporta 8.46% de muertes, donde la tuberculosis, insuficiencia cardíaca congestiva y el shock bacteriano fueron las causas de muerte Indirecta; Heredia (18), encuentra un porcentaje de 8.68% y las causas fueron: pielonefritis, tuberculosis y síndrome convulsivo; Jerónimo (20), reporta 20.7% donde la insuficiencia cardíaca congestiva, coma hepático y la insuficiencia renal crónica fueron las causas principales.

Dentro las causas No Maternas se encontró dos casos de muerte (40%), una (20%) por hemorragia cerebral masiva en una gestante que ingresó en trabajo de parto y otra (20%) por

bronconeumonía en una puérpera de 35 días, éste porcentaje es elevado a los reportados por otros hospitales del país, así Pacheco (15), reporta 13.8% donde los procesos pulmonares e infección generalizada fueron las principales causas; Caffo (17), reporta 8.46% y entre las causas figura el absceso hepático, hepatitis viral aguda, meningioma y bronconeumonía; Heredia (18), encuentra que el 6.68% de muertes se debió a causas No Maternas donde las principales causas fueron : miasis, anafilaxis e intoxicación.

CONCLUSIONES

- 1.- La tasa de mortalidad materna en los 10 años estudiados (1981-1990) en el Hospital de Apoyo III "Victor Lazarte Echegaray" IPES-Trajillo-Perú, es de 2.9 por 10,000 nacidos vivos.

- 2.- La infección y la hemorragia fueron las causas de muerte Obstétrica Directa. La enfermedad inflamatoria pélvica fue la causa de muerte obstétrica Indirecta y la bronconeumonía y la hemorragia cerebral masiva entre las causas no obstétricas.

SUGERENCIAS

- 1.- Los servicios deben organizarse adecuadamente, a fin de realizar reuniones clinico-patológicas, de actualización médica y paramédica, estadísticas de la atención obstétrica y ginecológica.
- 2.- Funcionamiento del comité de mortalidad materna y perinatal.
- 3.- Difusión de auditoría médica.
- 4.- Intensificar la información de planificación familiar y recomendar la enseñanza de sexualidad humana desde la época escolar.
- 5.- Actualizar y unificar las normas de atención de la gestante, incluyendo el uso racional de los antibióticos.
- 6.- Uso de la historia clínica perinatal básica y del certificado de defunción materna, así como el diagnóstico, debe ser llenado por el médico de acuerdo a la historia clínica.
- 7.- Implementación del residency médico en las especialidades afines a nuestro hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Wong L. Mortalidad materna hospitalaria. Rev. de la Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia 1991; 35 (9): 24-29.
- 2.- Ludmir A. Mortalidad materna en el Perú. Rev. de la Sociedad Peruana de Ginecología y obstetricia 1991; 35 (9) : 1-15.
- 3.- Pritchard J, MacDonald P, Gant N. : Obstetricia, 3ra. edición, Barcelona, Salvat Editores S.A. 1988 : 1-5.
- 4.- Schwarz R, Duverges C, Gonzales D, Fescina R: Obstetricia, 4ta. Edición, Buenos Aires, editorial El Ateneo 1988 : 125-130.
- 5.- Benson Ralph C: Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico, 4ta. edición, México D.F., Editorial El Manual Moderno S.A. 1988 : 1012-1017.
- 6.- Pacheco J, Tavera L, Denegri J, Urguero R: Salud Materna y Perinatal, Red Peruana de Perinatología Lima 1990 : 5-14.
- 7.- Muñoz L, Nafiez H, Becerra E, Klevens J: Mortalidad materna en el Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Rev. Fac. Med. 1985;39(4) : 331-51.
- 8.- Agüero O, Torres J: Mortalidad materna en el Hospital Concepción Palacios 1975-1981. Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela, 1985; 45 (2) : 92-97.

- 9.- Ruíz J, Rodríguez C, Marquez J : Mortalidad materna en el Hospital Central Militar. Ginecol. Obst. México 1982; 50 (298) : 29-33
- 10.-Steegra E. L: Mortalidad materna en Cuba 1970-1979. Rev. Cuba Adm. Salud 1983; 9(4) : 303-15 .
- 11.-Orellana M, Espinoza L, Montesinos N, Muñoz H, Marchant L: Análisis de la mortalidad materna en Chile en 1981 y su factores asociados. Rev. Chile Obst. Ginecol. 1984; 49 (2) : 71-83.
- 12.-Tanaka Andretta Siquiera Franco A, Nogueira P: Situação de Saude Materna e Perinatal no Estado de São Paulo, Brasil, Rev. Saude pública 1987; 23 (1) : 67-75.
- 13.-Cervantes R, Watanabe T, Denegri J: Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Ministerio de Salud, Sociedad Peruana de Ginecologías y Obstetricia 1988 : 281.
- 14.-Mascaro P, Bachmann C: Mortalidad materna en el Hospital Maternidad de Lima. Ginecol. y Obst. 1985; 29 (1) : 33-7.
- 15.-Pacheco J, Huamán N, Valdivia E, Palomino C: Mortalidad materna en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins IPSS, experiencia de 25 años. Rev. de la Sociada Peruana de Obstetricia y Ginecología 1989; 35 (8) : 13-21.
- 16.-Maradigue E: Mortalidad materna en el Hospital Cayetano

Heredia. Acta Médica Peruana 1986; 3(13) : 41-45.

17.-Caffo Marrufo R: Mortalidad materna en el Hospital Regional Docente de Trujillo 1964-1985, Tesis para optar el Título de especialista en Ginecología y Obstetricia. UNT 1985 : 30 .

DATOS EN LA SALUD

18.-Heredia Baca R: Mortalidad materna en el Hospital Regional de Las Mercedes Chiclayo 1981-1990, Tesis para optar el Título de Obstetrix UNSM 1992 : 28.

19.-Wong L: Mortalidad materna en el Hospital de Apoyo Eleazar de Guzmán Barrón de Chimbote 1982-1989, Rev. de la Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia 1991; 35 (9) : 24-29.

20.-Linares N, Solis F, Linares J, Rodriguez C y Col. : Mortalidad materna. Tema libre presentado en el VIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología Arequipa 3-7 marzo 1985: 25-30.

21.-OMS. Manual de clasificación estadística Internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción (Novena Revisión) Génova 1977.

HEMORRAGIAS :
Desprendimiento Prematuro de Placenta () Rotura Uterina ()
Placenta Previa ()

MUERTE MATERNA INDIRECTA :
Enfermedad Infecciosa () Cardiovascular ()
Tuberculosis () Pielonefritis ()

MUERTE MATERNA NO RELACIONADA :
Aspiración de Alimentos () Bronconeumonía ()

Embolia (Autógena)



ANEXO 1

MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL DE APOYO III "VICTOR LAZARTE
ECHEGARAY" IPSS-TRUJILLO-PERU 1981-1990

DATOS DE LA MADRE

Nombre : Edad :

Fecha de Ingreso : Días de Hosp :

Antec. Gineco-Obstétricos:

G : EG : CPN :

Dx. de Ingreso

Trabajo de Parto	()	Enfermedad Hipertensiva	()
Desprendimiento Prematuro de Placenta	()	Bronconeumonía	()
		Pelviperitonitis	()

Evolución

Forma que terminó el embarazo:

a. Sin dar a luz	()	b. Aborto	()
c. Parto	()		
Tipo de parto :		b. Cesárea	()
a. Espontáneo	()		

Dx. FinalMUERTE MATERNA DIRECTA :INFECCIONES :

Shock séptico puerperal	()	Endometritis	()
Corioamnionitis	()	Pelviperitonitis	()

ENFERMEDADES HIPERTENSIVA :

Eclampsia	()	Preeclampsia severa	()
Preeclampsia Crónica	()		

HEMORRAGIAS :

Desprendimiento Prematuro de Placenta	()	Rotura Uterino	()
		Placenta Previa	()

MUERTE MATERNA INDIRECTA :

Enfermedad Inflamatoria Pélvica	()	Cardiovascular	()
Tuberculosis	()	Pielonefritis	()

MUERTE MATERNA NO RELACIONADA :

Hemorragia Cerebral Masiva	()	Bronconeumonía	()
----------------------------	-----	----------------	-----

Patología (Autopsia)

