



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 Martín



FACULTAD DE OBSTETRICIA

Mortalidad Materna en Hospital
de Apoyo I - Integrado - IPSS -
Juanjui 1988 - 1992.



TESISTA:

BACH. OBST. MARIBEL CHAVEZ FLORES

TESIS

Para Optar el Título Profesional

DE OBSTETRIZ

TARAPOTO — PERU

1993

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

MORTALIDAD MATERNA EN HOSPITAL

DE APOYO I - INTEGRADO - IPSS-

JUANJUI 1988 - 1992.

TESISTA:

- BACH. OBST. MARIBEL CHAVEZ FLORES

JURADO CALIFICADOR:

Dr. CESAR INUPAILLA MONTES
Presidente



Dr. ADAN GRANDA GRANDA
Miembro

Obst. CECILIA ALHURY SUAREZ
Miembro

Dr. AUGUSTO LLANTOP REATEGUI
Asesor

Obst. LEOCADIA SALAS PILLACA
Asesor

A mis padres, hermanos y en especial a la memoria de mi querido padre Sidney Roland; por su estímulo y apoyo en mi formación profesional.

Con Amor a mi esposo Lloy
Américo compañero y amigo
quién tuvo la paciencia
para acompañarme y
orientarme día a día en
el logro de este presente
trabajo.

A mi hija Grace Geraldine
quién nació para llenarme de
felicidad e impulsar la
culminación de mis estudios
superiores.

AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento al Dr. Gineco-Obstetra Augusto Llontop Reategui y a la Sra. Obstetrix Leocadia Salas Pillaca por su valioso apoyo y orientación en la ejecución del presente trabajo.

Así mismo a las personas que de una y otra manera colaboraron para la ejecución de esta Investigación.

I N D I C E

	PAG
I.- INTRODUCCION	1
II.- OBJETIVOS	5
III.- MATERIAL Y METODOS	6
IV.- RESULTADOS Y DISCUSION	7
V.- CONCLUSIONES	28
VI.- RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	29
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	31
ANEXOS	36

I.- INTRODUCCION.

En los países en vías de desarrollo entre los cuales se encuentra nuestro país, la mortalidad materna es alta comparada con los países industrializados donde se observa que la infección, la hemorragia y el Aborto son los menos frecuentes (4).

Sabemos que las causas de mortalidad materna varían según el grado de desarrollo de cada grupo social, la calidad de atención que se brinda a la madre, la estructura sanitaria y su sistema de referencia de cada población en estudio (4)(14). En los países subdesarrollados como el nuestro la información sobre muerte materna no refleja exactamente la magnitud del problema por el alto porcentaje de emisión 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 al interior de cada país, por lo general con tasas de mortalidad materna más altas en las regiones rurales y de menor desarrollo social (4).

La mortalidad materna ocurrida en un Hospital en determinada región, ciudad o país constituye un hecho de inestimable valor, por cuanto que su estudio ha de permitir evaluar la calidad de los servicios obstétricos existentes y además valoran el grado de

Educación Sanitaria de la población que demandan estos servicios. (11) (20).

La Muerte Materna es 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 ó el método por el cual el mismo fue determinado (4), (14), (17).

La elevada tasa de Mortalidad materna afecta principalmente a los países, subdesarrollados en los cuales por cada 100,000 nacidos vivos mueren 550 mujeres.

Estas tasas, resultan de 50 a 100 veces más elevadas en los países con insuficiente desarrollo que las reportadas en países desarrollados como Suecia, Inglaterra, EE.UU., Japon cuyas cifras oscilan entre 3.8 y 45 por cada 100,000 nacidos vivos (13).

Debido a la Crisis económica que atraviesa nuestro país los programas de Salud a fin de prevenir o disminuir la incidencia de enfermedades o complicaciones materna, el estado de salud de esta población sigue siendo insatisfactoria con gran riesgo de enfermar o morir, esto incide fundamentalmente en la población materno infantil (6).

Así tenemos que en 1980 la tasa Nacional de mortalidad materna fue de 32.0 x 10,000 N.V. casi similar

a 1987 que fue de 30.3 x 10,000 n.v. Un estudio reciente de Cervantes (4) revela un promedio de 16.5 x 10,000 n.v. (1) en los Hospitales del Perú. La Maternidad de Lima en el penúltimo quinquenio (1980-1984) tuvo una tasa de mortalidad materna de 9.3x10,000 n. v. (11).

El Hospital Cayetano Heredia de Lima entre (1975-1984) Maradiegue (10) reporta una tasa de 28.56x10,000 n.v. y el el Hospital Docente de Trujillo (1964-1984) Caffo reporta (3) una tasa de 20.26x10,000n.v. Luego el Hospital Docente las Mercedes de Chiclayo (1981-1990) Heredia (6) presento una tasa de mortalidad materna de 15.5x10,000n.v. el Hospital de Apoyo Eleazar Guzmán Barrón de Chimbote (1982-1989) Wong (20) reporta una tasa de 16.0x10,000 n.v.

Estas diferencias se estiman que estan en intima relación con el estado socio económico, cultural y sanitario de una región.

Sin embargo el Hospital Honorio Delgado de Arequipa en un estudio entre los años de 1966-1984 Linares (7) reporta en el primer año una tasa de 22.3x10,000 n.v. y en el último año de 16.0x10,000 n.v.

El Hospital Regional Docente de Ica tuvo 29 defunciones maternas entre (1967-1981) que representa una tasa de 11.6x10,000 n.v.. El Hospital del Cuzco tuvo 161 fallecimientos (1964-1984) Linares (7) reporta una tasa de

38.6x10,000 n.v. y el Hospital Victor Lazarte Echegaray IPSS Trujillo, Urbina (18) reporta entre (1981-1990) una tasa de mortalidad materna de 2.9x10,000 n.v. esta tasa realmente es baja se podría decir por el factor a tratarse, de realidades diferentes tanto en condiciones socioeconómicas de la población y condiciones de infraestructura.

En cuanto el estudio reciente de Cervantes (4) cuyo tema fue de "Mortalidad Materna Hospitalaria en el Perú" reporta la tasa más alta en el Departamento de San Martín con 90.3x10,000 n.v. y la más baja en Ica con 5.5x10,000 n.v.

Esta diferencia múltiple que existe en los índices de mortalidad materna aparte de sus realidades diferentes, parece ser también de factores principales sociales y económicas, como la falta de personal calificado y de dependencias adecuadas en el parto, carencia de servicios de planificación familiar, falta de educación sanitaria, deficit en la alimentación y deficiencia de higiene. A medida que mejoren estas condiciones sociales y económicas desfavorables, la diferencias en los índices de mortalidad materna disminuiría sin ningún género de dudas.

O B J E T I V O S:

- 1.- Determinar la tasa de mortalidad materna en el Hospital de Apoyo I Integrado IPSS - Juanjui - Departamento de San Martín 1988 - 1992.
- 2.- Determinar las causas más frecuentes de mortalidad materna en el Hospital de Apoyo I Integrado IPSS - Juanjui. Dpto. de San Martín, 1988 - 1992.

II.- MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de las muertes maternas ocurridas en el Hospital de Apoyo I Integrado - IPSS Juanjuí durante los años de 1988-1992 encontrándose 15 muertes maternas registradas en el archivo de las historias clínicas del Departamento de estadística y 3 no registradas en el año de 1992 sobre 2,385 nacidos vivos.

El universo muestral del presente trabajo estuvo constituido por todos los casos de muerte materna acaecido entre los años 1988-1992 en este nosocomio. La recopilación de datos se realizó a través de un protocolo elaborado previamente para tal fin, tomando información de los archivos de las historias clínicas, certificados de defunción de la oficina de estadística del Hospital de Apoyo I Integrado - IPSS - Juanjuí.

En el procesamiento de datos, la información de nuestra variables de estudio, fueron tabulados en cuadros de doble entrada, calculándose las respectivas frecuencias absolutas y porcentuales de nuestras variables.

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 Y DISCUSION.

Durante el quinquenio estudiado en el Hospital de Apoyo I Integrado - IPSS - Juanjui encontramos 18 casos de muerte materna de un total de 2,385 nacidos vivos, esto representa una tasa de 75.47 x 10,000 n.v. que resulta sumamente alta al comparar con algunas estadísticas hospitalarias nacionales e internacionales reportados por los diferentes autores y por la O.M.S. para países subdesarrollados (550x10,000 nacidos vivos). (14)

En el Hospital de Apoyo II IPSS - Tarapoto en el Departamento de San Martín, tenemos en el año de 1992 una tasa de Mortalidad Materna de 17.70x10,000 NV sobre 1718 partos. (*)

En nuestro estudio según las características se reporta lo siguiente:

* Registro Estadístico del Hospital de Apoyo II Integrado - IPSS - Tarapoto.

CUADRO N " 01

Mortalidad Materna en Hospital de Apoyo I Integrado IPSS -
 Juanjui, 1988 - 1992 , según características generales
 Edad, Grado de Instrucción, Estado Civil y Procedencia.

Características		Casos	%
Edad	15 - 19	2	11.11 %
	20 - 24	4	22.22 %
	25 - 29	5	27.77 %
	30 - 34	1	5.60 %
	May- 35	3	16.67 %
	Ignorado	3	16.67 %
Grado de Instrucción	Analfabetas	1	5.60 %
	Primaria	5	27.77 %
	Secundaria	2	11.11 %
	Superior	0	0.00 %
	Sin dato	10	55.55 %
Estado Civil	Casada	3	16.67 %
	Conviviente	5	27.77 %
	Soltera	3	16.67 %
	Sin datos	7	38.89 %
Procedencia	Urbano	3	16.67 %
	Urb-Marg.	2	11.11 %
	Rural	10	55.56 %
	Sin dato	3	16.67 %

Entre los 15 y 19 años, 2 casos, que constituye el 11.11%,
 entre 25 y 29 años, 5 casos con (27.77%), entre 30 y 34

había un caso con el 5.6%, mayor de 35 años 3 casos 16.67%

Según el grado de instrucción vemos que hay un caso de analfabetismo (5.6%), con Educación Primaria se observa 5 casos (27.78%) con Educación Secundaria sólo hay 2 casos (11.11%).

Según el estado civil hubo mayor número de casos en las convivientes con 5 casos y (27.78%), con cifras similares en las solteras y casadas con 3 casos respectivamente (16.67%).

En cuanto a la procedencia hubo mayor número de casos los de zonas rurales con un porcentaje de 55.56% (10 casos) seguidos por zonas urbanas con 3 casos (16.67%) con 2 casos de zona urbano-marginales con un 11.11%

En el análisis de las características demográficas por grupo de edad, se ha podido observar un alto porcentaje de muerte materna entre las edades de 25 y 29 años con el 27.77% cifras que difieren con las reportadas del Hospital Docente las Mercedes de Chiclayo (6) cuyas edades oscilan entre los 20 y 24 años y las del Hospital Víctor Lazarte Echegaray (18) entre 23 y 26 años. En relación al grado de instrucción el 27.77% contaba con Educación Primaria con el más alto porcentaje ya sea completa e incompleta cuya cifra es relativamente menor con la de Triza López (19) donde también la mayor cantidad de

muerdes esta con Educación primaria con un 70.9% difiere con la de Heredia Baca de Chiclayo (6) donde el grado de instrucción es mayormente secundario con el 31.11%.

En el estado civil más de la mitad de las reportadas son convivientes con el 27.77% sumándose las madres solteras a 16.67% y los datos ignorados con el 38.89% lo que hace un total de 84.33% igual a las reportadas por el Hospital Docente las Mercedes (6). este alto porcentaje de grupo de mujeres forman una población de alto riesgo donde predomina las condiciones negativas de vida, mas por analfabetismo, disminución del ingreso per cápita, prevalencia de enfermedades infecciosas y todo lo cual, determina un inadecuado régimen de vida del cual es imposible un feto saludable y en condiciones de salud materna apropiada.

En relación a la procedencia el 88.9% proviene de las zonas rurales, urbano-marginales y las que no reportan con el porcentajes de 55.55%, 16.77% y 11.11% respectivamente semejante a lo encontrado por Heredia Baca (6) con el 77.78% y Lopez Bracho con 63.26%. Como vemos aumenta el riesgo obstétrico. (8)

Este problema es muy complejo y no sólo pertenece al campo obstétrico, si no también al ámbito social, económico y fundamentalmente cultural, es decir es de suma importancia

que la población sea instruida al respecto, sobre todo en la adolescencia y edad fértil.

CUADRO N° 2

Mortalidad Materna en Hospital de Apoyo I Integrado IPSS -
 Juanjuí 1988 - 1992. Según Terminación de Embarazo y
 Gravidez.

		N°	%
Terminación del Embarazo	Sin dar a luz	4	22.22
	Aborto	4	22.22
	Parto:	10	
	- Vaginal	6	33.33
	- Cesarea	4	22.22
Gravidez	1	7	38.89
	2 - 3	3	16.67
	4 - 5	2	11.11
	> de 5	1	5.6
	sin dato	5	27.77

Según la terminación del embarazo, hubo 4 casos de muerte que terminaron en aborto 22.22% y 4 durante el embarazo sin dar a luz (22.22%). De los 10 casos que terminaron en parto, 6 fueron vaginales y 4 cesáreas con 33.33% y 22.22% respectivamente.

Se observó también el más alto porcentaje en las primigrávidas 38.88% (7 casos), las de 2-3 embarazos 3 casos con 16.67% y las demás de 5 con un caso de 5.6%. Es censurable el no reporte en las Historias Clínicas sobre control pre-natal.

El análisis por número de gestaciones y terminación del embarazo, muestran en cierta medida la participación del riesgo obstétrico prevenible en el comienzo o condicionamiento de las muertes.

En nuestro estudio las mujeres que tienen primeras gestaciones ocupan en primer lugar en muerte materna con el 38.89% y al de mayor de 5 el último lugar con el 5.6% similar al trabajo de Urbina (18) donde refiere, que las primerizas sin control pre-natal son un campo fértil para las complicaciones obstétricas, esto se puede justificar por las condiciones sociales, culturales y económicas factor agregado a la inestabilidad familiar, ya que por lo general son solteras o convivientes.

También se puede comprobar en nuestro estudio que las muertes maternas ocurridas en mujeres embarazadas a término y que terminaron en parto representan el 55.55% que es similar a los hallados por Heredia Baca (6) con el 53.33%, mientras que en el de Urbina (18) predomina la muerte materna en los partos de embarazos pretérmino de 32-

36 sem. con el 60%. El grupo de mujeres que terminaron en parto (55.55%) el mayor porcentaje es de parto espontáneo ó vaginal con el 60% y cesáreas con el 40%, cifras que coinciden con los estudios de los diferentes autores. (4), (9), (11).

CUADRO N° 3

Causas de Muerte Materna en Hospital de Apoyo I Integrado IPSS Juanjui 1988 - 1992.

Causas	N°C	%
Directa	14	77.77
Infección	5	35.71
Aborto	4	28.57
Hemorragia	4	28.57
E.H.E.	1	07.14
Indirecta	3	16.67
Fiebre Amarilla	1	33.33
Crisis Asmática	1	33.33
Neumonía Lobular Isquierda	1	33.33
No Materna	1	5.56
Intoxicación por Organos Fosforados		
	18	100.00

Durante el quinquenio entre 1988-1992, las causas frecuentes de muerte materna fueron las causas directas con una alta incidencia en los diagnósticos de infección con 5 casos, seguidos de los casos de aborto con igual cantidad de los casos de Hemorragia ambos con 4 casos, habiendo un solo caso de enfermedad hipertensiva del embarazo, que hace un total de 14 casos (77.77%) de las causas directas.

Las causas indirectas que fueron de 3 casos con uno de fiebre amarilla, un caso con crisis asmática y uno con neumonía lobular izquierda con un 16.67%. En las causas no materna hubo registrado un caso de embarazo de 34 sem. con diagnóstico de intoxicación de órganos fosforados que hace un porcentaje de 5.56% (ver cuadro 3), en cuanto a la relación anterior la prevalencia es semejante al encontrado en otros estudios (6) (8) (11).

Según reportes de estudios la causa principal de muerte referida a nivel mundial es directa con diversas variables coincide generalmente con las principales causas de infección, hemorragia, aborto y enfermedades hipertensivas del embarazo. Aunque factores económicos y sociales tales como nutrición y atención pre-natal pueden reducir la mortalidad ya que las causas disminuirían conforme se desarrollan acciones de prevención.

En nuestro estudio reporta que la infección constituye

la primera causa de muerte materna con 5 casos (35.71%) siendo todos los diagnosticos de infección puerperal, que coincide con los hallazgos de Maradiegue (10) con 74.63% en Lima, Muñoz (12) en Colombia con 69.96% y Agüero (1) en Venezuela con 62.3%

Al revisar las muertes ocurridas en el puerperio se verificó que 4 de las pacientes fueron atendidas primeramente fuera del Hospital, terminando 1 caso en cesárea y 4 fueron abortos infectados, realizados por empíricas, llegando en estado séptico avanzado. La rápida evolución que presenta la sépsis obstétrica en la institución se ve favorecida por las bajas condiciones socio-económicas y culturales de la población que acuden a ella y 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 y el estado terminal en que ingresan algunas de estas pacientes permiten la progresión del proceso séptico. (2), (8), (10).

La hemorragia, en este estudio, ocupa el segundo lugar en muerte materna al igual que el aborto con 4 casos (28.57%) cada uno respectivamente. La causa básica de hemorragia

fue la placenta previa con un 75% y un 25% con desprendimiento prematuro de placenta llevando a causas intermedia a la anemia aguda por pérdida de un 90% de sangre que induce a una causa terminal de shock hipovolémico, todo esto con un mejor manejo de la conducción de la atención del parto y conductas más activas en su manejo, de las causas de hemorragia se lograría reducir el número de muertes maternas por esta causa (8).

En las causas indirectas, hubo 3 casos (16.67%) que corresponde al total de muertes, cifras que se encuentran entre los estudios de Zárate (21) con 13.3% y Maradiegue (10) con 26.31%.

Esta diferencia se puede justificar por ser la causa indirecta, patologías pre-existentes o sobre agregados durante la gestación no correspondientes a los factores obstétricos.

En las causas indirectas se reporta un caso de fiebre amarilla, un caso de crisis asmática y un caso de neumonía lobular izquierda. Al analizar estos fallecimientos en relación con la patología pre-existente se puede decir que pacientes con una asesoría médica y control pre-natal se puede detectar precozmente estas patologías y evitado sus muertes (15). Dentro de la casuística general se ha

producido un caso de muerte no materna que representa el 5.56%, correspondiente a intoxicación de órganos fosforados que mantiene el rango de los estudios realizados por Muñoz (12) con 2.3%, Maradiegue (10) con 3.16% y García (5) con 8.05%.

CUADRO N° 04

MORTALIDAD MATERNA SEGUN ETAPA GRAVIDA-PUERPERAL EN EL
HOSPITAL I IPSS JUANJUI 1988 - 1992

ETAPA GRAVIDA PUERPERAL	CAUSA DIRECTA			SUB TOTAL		INDIRECT.		CAUSAS NO MATERNA		TOTAL	
	MEMO	ABORTO	INFECC	E.H.E.	N°C	N°C	%	N°C	%	N°C	%
EMBARAZO	-	4	-	-	4	3	28.57	1	100	0	44.44
PARTO	3	-	-	1	4	-	28.57	-	-	4	22.22
PUERPERIO	1	-	5	-	6	-	42.85	-	-	6	33.33
TOTAL	4	4	5	1	14	3	100.00	1	100	10	100.00

La etapa grávida puerperal en que se produjeron las muertes maternas fueron mayormente durante el puerperio con 08 casos de los cuales 04 la causa básica fue el aborto con diagnóstico de aborto incompletos e infectados y 04 casos de embarazo sin parto, siendo 03 por causas indirectas y 01 por causa no materna.

Durante el parto se presentaron 04 casos de muerte materna 03 por causas hemorrágicas (02 por placenta previa y 01 por desprendimiento prematuro de placenta), también hubo un caso por enfermedad hipertensiva del embarazo.

Durante el puerperio se presentaron 06 casos predominando las causas directas, 05 casos por infección y 01 por hemorragia.

Según la etapa grávida puerperal ó el momento en que se produjo la muerte, en nuestro estudio el riesgo fue mayor durante el embarazo con 08 casos, de los cuales 04 casos tuvieron un tipo de atención primaria parte extra-hospitalaria, dicho evento es justificado por el nivel socio-económico y cultural de nuestra población anteriormente ya explicada y hubo 04 casos de muerte materna en embarazo sin control prenatal que nos lleva a una alta incidencia de muerte materna perinatal.

CUADRO N° 5

E

MORTALIDAD MATERNA SEGUN ATENCION HOSPITALARIA, TIPO DE PARTO Y ATENCION DE PARTO EN HOSPITAL DE APOYO I - IPSS - JUANJUI. 1988 - 1,992

CARACTERISTICAS DEL PARTO ORIGINAL ESAREAS	CAUSA DE MUERTE MATERNA															
	CAUSA DIRECTA							CAUSA INDIRECTA							MUERTE NO MATERNA	
	NEMO	ABORTO	INFECC	E.H.E.	SUB TOTAL		N° C	%	SUB TOTAL	IN° C	%	SUB TOTAL	N° C	%	TOTAL	
					N° C	%										N° C
2	4	4			06	64.00						06	60.00			
2		1	1		04	40.00						04	40.00			
4		3	1		00	00.00						00	00.00			
4	4	2			02	20.00						02	20.00			
TOTAL	4	4	5	1	10	100.00						10	100.00			
STANCIA HOSPITALARIA																
00 - 01	3	1	3	1	08	57.14	1	33.33	1	100		10	55.00			
02 - 07	1	1	2		04	20.57	1	33.33				05	27.78			
08 - 15		2			02	14.28	1	33.33				03	16.66			
TOTAL	4	4	5	1	14	100.00	3	99.99	1	100		10	100.00			

La atención hospitalaria durante 1988-1992 de muerte materna fue de 4 ingresos por abortos realizados por empíricos que fueron al Hospital con diagnóstico de aborto incompleto y aborto séptico.

En la atención del parto de los 10 casos que terminaron en parto, 8 terminaron siendo atendidos en Hospital (80.00%) de los cuales 3 casos fueron por infección, 4 por hemorragia y uno con enfermedad hipertensiva y los otros 02 partos atendidos fuera del hospital (20.00%).

Considerando que en nuestro país, un alto porcentaje de partos son atendidos en la comunidad, cuya frecuencia de muertes maternas que ingresan con diagnóstico de puerperio complicado de parto y aborto infectado atendidas por parteras tradicionales es costumbre, en nuestro estudio se reporta el 42.85%.

Este porcentaje sería menor si se capta, capacita y supervisa a las parteras tradicionales, especialmente en la detección de los riesgos obstétricos y su rápida derivación a los centros hospitalarios. (08), (15).

Con relación a la patología, se deberá insistir en una transferencia temprana y rápida a los centros con mayor infraestructura.

También hubo 03 casos de embarazadas que se internaron con enfermedades ya complicadas durante el embarazo cuya

asistencia hospitalaria fue de un día con diagnóstico de fiebre amarilla, 3 días con neumonía lobular izquierda y 10 días con diagnóstico de crisis asmática y un caso por causa no materno con diagnóstico de intoxicación por órganos fosforados con un día de internamiento.

El tiempo de Hospitalización de los pacientes varía desde horas hasta 15 días y el 55.55% (10 casos) de las muertes maternas ocurrió en pacientes que permanecieron de cero a un día, que se asemeja a las cifras reportadas por Heredia (6) y Lopez (8).

Esto nos permite catalogar que más de la mitad de las muertes maternas ocurridas en el Hospital de Apoyo I-Integrado IPSS - Juanjui son no institucionales, sin embargo el 27.78% de los pacientes que murieron permanecieron hospitalizados de 2 a 7 días y más de 8 días el 16.66% lo cual en cierta parte refleja la calidad de atención institucional, también es importante agregar la gravedad del ingreso de los pacientes, y la deficiente Educación sanitaria en la comunidad.

CUADRO N° 6

Mortalidad Materna en Hospital de Apoyo I - Integrado IPSS
- Juanjuí 1988 - 1992.

Incidencia

Años	Mortalidad	N°Partos	N° N.V.	T.M.M. x 10,000N.V
1988	3	489	481	62.37
1989	4	534	528	75.75
1990	3	543	530	56.60
1991	2	416	408	44.01
1992	6	445	438	136.98
Total	18	2,427	2,385	75.47

Durante el quinquenio, de 1988-1992 el Hospital de Apoyo I Integrado - IPSS Juanjuí presenta cada año una cantidad variable de partos que fluctúa entre 416 y 543 partos, así tenemos que, en el año de 1988 hubo 02 casos de muerte materna directa y una indirecta con 489 partos con diagnósticos de shock séptico y aborto séptico y una con fiebre amarilla, que constituye una tasa de 62.37x10,000 n.v.

El año de 1989 hubo 4 casos de muerte materna, 2 con muerte materna directa con diagnóstico de placenta previa y aborto séptico y 2 con muerte materna indirecta con diagnóstico de neumonía lobular izquierda y crisis asmática con 534

partos, lo que constituye una tasa de mortalidad de $75.75 \times 10,000$ n.v.

En el año de 1990 hubo 3 casos de muerte materna directa con diagnósticos de septicemia y shock séptico, se observó un mayor número de partos de 543 y una tasa de mortalidad de $56.60 \times 10,000$ n.v.

En el año de 1991 se reportan el más bajo número de muertes maternas, que fueron 2 casos de muerte materna directa con diagnóstico de sepsis, se observó el más bajo número de partos de 416 con una tasa de $44.01 \times 10,000$ n.v.

En el año de 1992 se observó el mayor número de muertes maternas con un número de 6 con 3 casos que no han sido registrados, en el libro de Ingresos y Egresos de pacientes y no reporta en las historias clínicas las que se informó de otras fuentes como apuntes particulares del profesional de turno de los cuales 5 fueron muertes maternas directas, con diagnósticos de sepsis, eclampsia severa, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa y un caso de intoxicación por órganos fosforados, que reportan una tasa de $136.98 \times 10,000$ n.v.

En cuanto a la tasa de mortalidad materna el $75.47 \times 10,000$ n.v. refleja una tasa alta en comparación con algunas estadísticas nacionales teniendo en cuenta el estudio reciente de Cervantes (4) que reporta al Dpto. de

San Martín con la más alta tasa de mortalidad materna de $30.4 \times 10,000$ n.v. con una cifra al extremo muy variable de Ica que es de $5.5 \times 10,000$ n.v. con la menor tasa de mortalidad materna.

En los que se refiere a la mayor casuística se reporta en el año de 1992 ($136.98 \times 10,000$ n.v.) con 6 casos entre los cuales hay 3 casos no registrados que revela la falta de profesionales en la especialidad que determinaron estos informes en las historias clínicas.

Mientras que en el año de 1991 hubo menor reporte de casos con una tasa de mortalidad materna de $49.01 \times 10,000$ n.v. y al mismo tiempo la menor cantidad de partos con 416. siguiendo con el análisis de las tasas anuales, los primeros años las cifras varían poco con la del último año, pero con descenso marcado del número de partos hacia los 2 últimos años (1991-1992) (cuadro 6)

Todas éstas situaciones hasta el momento es imprevisible e incontrolable mientras no se efectúe un manejo y tratamiento adecuado en el control pre-natal, se insiste en mejorar los presupuestos hospitalarios destinados a la atención materno infantil, conformar verdaderos equipos docente-asistenciales con el fin de supervisar eficientemente el adiestramiento de capacitación y de esta manera elevar el nivel asistencial.

CUADRO N° 7

Cuadros Informativo

Tasa de Mortalidad Materna del Hospital Victor Lazarte Echegaray 1981 - 1990		Tasa de Mortalidad Materna del Hospital I - IPSS - Juanjui 1988 - 1992.	
N°C	x10,000N.V.	N°C	x10,000N.V.
5	2.9	18	75.47

CUADRO N° 8

Cuadro Informativo

Tasa de Muerte Materna del Hospital Docente las Mercedes-Chiclayo 1981 - 1990		Tasa de Mortalidad Materna en Hospital I - IPSS - Juanju 1988 - 1992	
N°C	x10,000 N.V.	N°C	x 10,000 N.V.
45	15.51	18	75.47

En los cuadros informativos vemos que la tasa de mortalidad materna en el Hospital Victor Lazarte Echegaray IPSS con el Hospital de nuestro estudio la diferencia es múltiple de ambos hospitales, como se puede observar de $75.47 \times 10,000$ n.v. en el Hospital de Apoyo I integrado IPSS - Juanjui con 18 casos durante el quinquenio 1988 - 1992 y de $2.9 \times 10,000$ n.v. con 5 casos para el Hospital Victor Lazarte durante un decenio. (1981 - 1990) (18)

En cambio en el cuadro 8 vemos que el Hospital Docente las Mercedes de Chiclayo (6) fue de 45 casos con una tasa de $15.51 \times 10,000$ n.v. durante el decenio de 1981-1990 y el de nuestro estudio la diferencia también es grande a pesar de las realidades diferentes de ambos hospitales con el factor socio-económico y cultural de su población y las condiciones de infraestructura.

IV.- CONCLUSIONES:

- 1.- La tasa de mortalidad materna en el Hospital I IPSS Juanjui durante el quinquenio de 1988 - 1992 fue de 75.47x10,000 n.v..
- 2.- La causa más frecuente de muerte materna es directa con el 77.77%, dentro de ella la infección puerperal ocupa el primer lugar con el 27.77% seguido por la hemorragia y el aborto con el 22.22% respectivamente.
- 3.- En nuestro estudio el 53.84% de las muertes maternas reportadas ocurre en las primigestas.
- 4.- El 55.55% de las pacientes fallecieron en las primeras 24 horas (muerte no institucional).
- 5.- El 100 % de los pacientes que fallecieron no tuvieron control pre-natal.
- 6.- El 61.11 % fueron pacientes que han sido atendidas fuera del Hospital y llegaron en condiciones graves de salud.

VI.- RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.

- 1.- Mejorar las condiciones de estructura e higiene del Centro Asistencial Hospitalario de Apoyo I - Integrado IPSS - Juanjuí.
- 2.- Reentrenar y capacitar al personal profesional de salud que esté comprometido en la atención de la mujer en el Hospital de Apoyo I - Integrado IPSS - Juanjuí.
- 3.- Adoptar las historias clínicas gineco-obstétricas para la mejor recopilación de los datos en el Hospital de nuestro estudio.
- 4.- Adoptar las historias clínicas del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) en el Hospital de Apoyo Integrado IPSS - Juanjuí.
- 5.- Intensificar campañas de educación sexual, planificación familiar y la consulta pre-natal a través de las Instituciones extra Hospitalarias encargados de hacerlos en las áreas periféricas del Hospital de Apoyo I - Integrado IPSS - Juanjuí.
- 6.- Supervisión, capacitación y captación 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.

VII.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- AGUERO, O. TORRES J.: Mortalidad Materna e la Maternidad Concepción Palacios, 1975-1981 Revista de Obstetricia.
- 2.- BERNAL C. QUESQUEN: Mortalidad Materna en H.C.M. IPSS. 1980-1990 Chiclayo. UPCH. Tesis de Bachiller 1990.
- 3.- CAFFO M. R.: Mortalidad Materna en el Hospital Docente de Trujillo 1964-1985 - Tesis para optar la especialidad de Ginecología y Obstetricia UNT. 1985.: 30.
- 4.- CERVANTES R. WATANAVE T. DENEGRÍ J. : Muerte Materna y Muerte Perinatal en los Hospitales del Perú. Ministerio de salud. Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia 1988.
- 5.- GARCIA N. J.: Mortalidad Materna en el Hospital Materno Infantil 1983-1984 Rev. Colombia Obstetricia y Ginecología 1986; 1(37); 17-45.
- 6.- HEREDIA B. R.: Mortalidad Materna en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo 1981 - 1990, tesis para optar título de Obstetricia UNSM. 1992 : 28.

- 7.- LINARES N. SOLIS F. LINARES J. RODRIGUEZ C. Y COL.:
Mortalidad Materna tema libre y presentado en el
VIII Congreso Peruano de Obstetricia y
Ginecología. Arequipa 3-5 Marzo 1985: 25-30.
- 8.- LOPEZ JR. BRACHO C. : Mortalidad Materna en
el servicio de Obstetricia del Hospital. Doctor
Adolfo Prince Lara. Revista, Venezolana. Obstetricia
y Ginecología. 1985; 1 (45): 37-46.
- 9.- LOPEZ JR. BRACHO. C. Y COL. : Operación Cesárea en el
servicio de Obstetricia del Hospital Dr. Adolfo
Prince Lara. Puerto Cabello. Decenio 1974-1984.
Revista Obstetricia y Ginecología. Venezuela. 1986:
138-142.
- 10.- MARADIEGUE E.: Mortalidad Materna en el Hospital
Cayetano Heredia Acta Medica Peruana 1986 3(13):
41-45.
- 11.- MASCARO P. BACHMANN C.: Mortalidad Materna en el
Hospital Maternidad de Lima. Ginecología y Obstetricia
1985 2a(1): 33-7.
- 12.- MUNOZ N. H. Y COL: Mortalidad Materna Instituto
Materno Infantil 1976-1980 Revista Obstetricia
y Ginecología. Colombia. 1985: 4(36). Organización

Mundial de la Salud O.M.S. Ginebra.

- 13.- O.M.S. - Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción (Novena - revisión) Génova 1977.
- 14.- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD(O.M.S.): Hacia un futuro mejor - Salud de la Madre y del niño O.M.S. Ginebra - 1981.
- 15.- PACHECO J. HUAMAN M. Y COL.: Mortalidad Materna en el Hospital Nacional Rebagliategui Martins IPSS Experiencia de 25 años Revista Peruana, Obstetricia. Y Ginec. 1989. 8(25): 13-21.
- 16.- PRITCHARD. J. MAC DONALD P. GANT. N.: Obstetricia 3ra Edición, Barcelona, Salvat - Editores S.A. 1986, pag. 1-6.
- 17.- SHWARCZ. R. DUVERGES. C. GONZALO D. FESCINA R.: Obstetricia 4ta Edición, Buenos Aires. Editorial el Ateneo 1986 - 125 - 130.
- 18.- URBINA R.: Muerte Materna en el Hospital Victor Lazarte Echegaray IPSS-Trujillo 1981-1990 Tesis para optar el Título de Obstetra UNSM.

- 19.- URIZA G. LOPEZ G. Y COL: Estudio Hospitalario de Mortalidad Materna (Estudio de 400 casos) Revista Colombia Obstetricia y Ginecología . 1982. 5 (33) : 325 - 341.
- 20.- WONG L.: Mortalidad Materna en el Hospital de Apoyo Eleazar Guzman Barrón de Chimbote 1982-1989. Rev. de la Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia. 1991; 35(9) 24-29.
- 21.- 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

MORTALIDAD MATERNA EN HOSPITAL INTEGRADO I IPSS -JUANJUI
PERIODO 1988 - 1992.

DATOS DE LA MADRE

Nombre:..... Fecha de Ingreso:.....
Edad:..... Dias de Hospitalización:....
Grado de Instrucción:.....
Procedencia:..... Estado Civil:.....

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS:

G:..... C.P.N.....
Embarazo actual:.....
F.U.R.:..... E.G.:

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

- Trabajo de parto ()
- Enfermedad Hipertensiva ()
- Bronconeumonia ()
- Pelviperitonitis ()
- P.P. ()
- Otros ()

Evolución: Forma que terminó el embarazo.

- a) Sin parto ()
- b) Parto ()
- c) Aborto ()
- d) Muerte ()

Tipo de parto: Espontáneo () Cesárea ()

Muerte Materna Directa:

A) Infecciones.

- a) Shook Séptico Puerperal ()
- b) Corioamnionitis ()
- c) Endometritis ()
- d) Pelviperitonitis ()

B) Enfermedad Hipertensiva.

Eclampsia () Pre-Eclampsia leve ()
Pre-Eclampsia () Pre-Eclampsia Severa ()

C) Hemorragias.

Embarazo ectópico () Placenta Previa ()
Rotura Uterina () D.D.P. ()

Muerte Materna Directa:

Enfermedad Pelvica Inflamatoria	()
Cardiovascular	()
T.B.C.	()
Pielonefritis	()
Parasitarias	()
Virales	()

Muerte Materna No Relacionada:

Hemorragia Cerebral Masiva	()
Bronconeumonia	()

PATOLOGIA

Autopsia:.....
.....
.....

