

---

# Mortalidad materna de causa obstétrica en el Hospital Materno-infantil de San Bartolomé

Abraham Ludmir Grimberg\*

## ABSTRACTO

Experiencia sobre mortalidad materna, en 25 años de actividad obstétrica, en el Hospital Materno Infantil de San Bartolomé, centro dedicado desde los inicios de su reconstrucción, en 1961, a la docencia en pre y postgrado y a la atención de su comunidad. Fue el primer hospital donde se estableció el residentado de obstetricia y ginecología en la República, con filosofía y tecnología preventivas, ceñidas a la nomenclatura y sugerencias de instituciones de avanzada. La tasa de mortalidad materna de 5,27/10000 partos, con nacidos vivos, en los últimos años está por debajo de la observada en otros nosocomios de iguales características en el país. Es factible disminuir las muertes de causa obstétrica, si se hace conciencia del problema, y se guarda las actitudes técnicas, sobre todo, en las entidades docentes que deben ser rectoras en un país como el nuestro, en proceso de desarrollo (An Fac Med UNMSM II Epoca 1989; 1 (1-2): 49-54).

**PALABRAS CLAVE:** Mortalidad materna, complicaciones obstétricas.

## ABSTRACT

### Maternal mortality due to obstetric cause in San Bartolome Maternal and Children's Hospital

A. Ludmir G.\*

We present our 25 years of experience in maternal mortality in Hospital Materno Infantil de San Bartolomé rebuilt in 1961, and dedicated, to medical education and attention of a low socio-economic level of community. The obstetrics and gynecology resident training program in Peru was started in this Hospital with preventive technology and philosophy, in agreement with the principles of continuous medical education utilized abroad in developed countries. Our maternal mortality was 5.27/10000 deliveries in recent years, low when compared with other peruvian hospitals with same characteristics. Firm teaching attitudes are necessary in our country to lower maternal mortality rates (An Fac Med UNMSM II Epoca 1989; 1 (1-2): 49-54).

**KEY WORDS:** Maternal mortality, obstetric complications.

\* Profesor Principal del Departamento de Gineco-Obstetricia de la Facultad de Medicina de la UNMSM. Doctor en Medicina. Jefe del Servicio Académico Asistencial del Hospital Materno Infantil de San Bartolomé.

Se estima que, en el mundo de hoy, cada año ocurren alrededor de 500000 defunciones maternas; pero este hecho no es del dominio público por producirse espaciadamente en países poco desarrollados, sobre todo entre mujeres pobres y en villorrios.

En la conferencia sobre mortalidad materna en 1987<sup>1</sup>, en Nairobi (Kenia), se puntualizó cuán poco se ha avanzado en la materia. La recomendación de la OMS<sup>2</sup> es que se considere la mortalidad materna como uno de los indicadores mundiales de la salud, para el año 2000. En nuestro país, pocos son los hospitales que han tenido el interés y la profundidad de evaluar sus resultados en lo que a este nivel de salud negativo se refiere.

En 1988, se señala en un estudio transversal<sup>3</sup> que, durante el año 1985, en 129 hospitales de la República, 110 del Ministerio de Salud y 19 del Instituto Peruano de Seguridad Social, se observó una tasa de 16,5/10000 partos con nacidos vivos (p.n.v.) y de 19,2/10000 p.n.v., si se excluía los hospitales del IPSS. En Lima la tasa fue de 12,8/10000 p.n.v. en los hospitales del Ministerio de Salud y de 2,7/10000 en el IPSS.

En 1974 se señala<sup>4</sup> una tasa de 6,26/10000 p.n.v., y en 1986 la tasa fue de 5,27/100000 p.n.v.<sup>5</sup>, en el Hospital de San Bartolomé.

El objetivo del trabajo es presentar nuestra experiencia y demostrar que, dentro de las limitaciones del país, existen posibilidades de disminuir la tasa de muerte materna de causa obstétrica, de proponérselo técnicamente quienes tienen responsabilidades hos-

pitalarias; siempre y cuando se mantengan rígidas las normas preventivas que, en todo caso, es obligación primaria de quienes ejercen la docencia universitaria.

## MATERIAL Y METODOS

### Material

1. Gestantes provenientes de los Barrios Altos, Lima, y las zonas marginales, consideradas en el nivel socioeconómico bajo-bajo o medio-bajo y el 80% controladas desde el inicio del segundo trimestre.

2. Historia clínica e historia de alto riesgo confeccionadas desde 1962, con ulteriores modificaciones.

3. Se presenta como grupo A el resultado de la evaluación<sup>4</sup> de la mortalidad materna entre 1962 a setiembre de 1974 sobre 52706 p.n.v. y se presenta como grupo B el resultado de la mortalidad materna sobre 36577 p.n.v. entre julio 1978 a julio 1986<sup>5</sup>, ambas evaluaciones realizadas en el Hospital Materno Infantil de San Bartolomé.

### Métodos

1. En el Hospital Materno Infantil de

San Bartolomé se instituyó la terminología y clasificación recomendadas por la FIGO desde 1957 y corregidas en 1967<sup>6</sup>.

2. Se recopiló datos en relación a la edad, gestaciones, paridad, control prenatal, antecedentes obstétricos, antecedentes patológicos, tipo de gestación, evolución de la paciente en el hospital, forma de culminar el embarazo, características del feto al nacer, tiempo de permanencia hospitalaria, si se practicó autopsia, responsabilidad de la muerte.

3. Se realizó el estudio comparativo entre los grupos A y B.

## RESULTADOS

Tabla 1.- Mortalidad materna obstétrica  
Estudio comparativo de dos periodos en el Hospital San Bartolomé

Grupo A (1962-1974) <sup>4</sup>			Grupo B (1978-1986) <sup>5</sup>		
1962	1705	1	1978 (6 meses)	2480	2
1963	2949	3	1979	4346	1
1964	3547	4	1980	4424	2
1965	4286	5	1981	4480	2
1966	4139	4	1982	4654	2
1967	4278	0	1983	4398	2
1968	4440	0	1984	4678	2
1969	4656	1	1985	4274	3
1970	4489	2	1986 (6 meses)	2643	3
1971	4887	5		36377	19
1972	5008	4			
1973	5064	3			
1974 (7 meses)	3258	1			
	52706	33			
Tasa 6.26/10000			Tasa 5.22/100000		

Se aprecia la casuística anual, cuyas variables han sido relativamente pequeñas, con aparente disminución de la tasa en el Grupo B.

Tabla 2.- Tabla comparativa de mortalidad materna obstétrica

Hospital San Bartolomé	Hospital del Empleado	Hospital Cayetano Heredia
1962-1974: 6.26/10000	1978-1982: 3.43/10000	12/10000 p.n.v.
1978-1986: 5.22/10000	1983-1987: 2.10/10000	

(Fuente: Panel sobre Mortalidad Materna Sec. Per. Ginec. Obst. 1988)

Se consignan los datos tal como fueron presentados en el Panel, no habiéndose proporcionado información sobre los años a los que corresponde la mortalidad materna del Hospital Cayetano Heredia.

Tabla 3.- Comparación de cuatro períodos en el Hospital San Bartolomé

	1962-1966 (1)	1967-1971 (2)	1972-1977 (3)	1978-1986 (4)
Partos	16626	22750	28829	36347
Muertes obstétricas	20	10	14	19
Tasa (10000 p.n.v.)	12.02	4.40	4.86	5.22

- (1) Tercer Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima. 1968.  
 (2) Séptimo Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia, Quito. 1973.  
 (3) Sexto Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima. 1978.  
 (4) Octavo Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Arequipa. 1985.

Tabla 4.- Edad y mortalidad materna obstétrica Hospital San Bartolomé

Edad	Grupo A (1962-74)	Grupo B (1978-86)
	%	%
15-19	25,0	16
20-24	18,9	25
25-29	24,5	25
30-34	14,8	18
35-39	13,9	12
40 o más	2,9	4
	100,0	100

La distribución en edad ha sido más o menos igual en ambos grupos.

Tabla 5.- Cronología de la gestación y la relación de la mortalidad materna obstétrica Hospital De San Bartolomé

	1962-1974 (A) %	1978-1986 (B) %
Primer trimestre	13.0	—
Segundo trimestre	15.2	—
Tercer trimestre	32.7	33.7
Parto	17.4	41.1
Puerperio	21.7	25.2
	100.0	100.0

Tabla 6.- Relación entre paridad y mortalidad materna obstétrica Hospital de San Bartolomé

Grupo A (62-74)		Grupo B (78-86)	
Paridad	%	Paridad	%
0	36.2	0	33.71
1	28.4	1	26.85
2-6	22.2	2-6	25.04
+ de 6	13.2	+ de 6	14.40
	100.0		100.00

Es obvia la tendencia mayor de riesgo en las primigrávidas.

Tabla 7.- Causas obstétricas de la muerte materna  
Hospital de San Bartolomé

	A 1962-74		B 1978-86		
	Casos	%	Casos	%	
<b>Directa</b>					
Sepsis	13	39.4	11	64.7	
Toxemia	6	18.2	3	17.6	
Hemorragia	5	15.1	2	11.8	
Anestesia	6	18.2	—	—	
Embolismo	2	6.1	—	—	
Corioepitelioma	1	3.0	1	5.9	
	33	100.0	17	100.0	
<b>Indirecta</b>					
Ruptura de Aneurisma	2	66.7	Necrosis Hepática Aguda	1	50.0
Shock Transfusional	1	33.3	Shock Anafiláctico	1	50.0
	3	100.0	2	100.0	

En el grupo B se aprecia un incremento en el causal séptico y ausencia de problemas anestésicos.

Tabla 8.- Mortalidad materna obstétrica y control prenatal  
Hospital de San Bartolomé

	Controlada %	No controlada %	Total %
Grupo A (62-74)	51.5	48.5	100.0
Grupo B (78-86)	35.0	65.0	100.0

El control prenatal parece tener relación con el problema.

Tabla 9.- Vía del parto y mortalidad materna  
Hospital San Bartolomé

	A (62-74) %	B (78-86) %
Vaginal	58.9	31.6
Cesárea	41.1	68.4
	100.0	100.0

## DISCUSION

Decía Mahler, ex director General de la OPS, "La mortalidad materna de causa obstétrica es una tragedia por negligencia, dependiente de una cadena letal de causales debido a la vulnerable mujer gestante y del trabajo de parto", sugiriendo una rápida acción multidisciplinaria para resolver el problema.

Medio millón de muertes maternas se producen, cada año, en el mundo; de

las cuales, dos a tres ocurren en 100000 p.n.v. en países desarrollados y 300 a 1000 o más de 100000 p.n.v. en los países subdesarrollados.

Hay que aceptar que los E.U. de N.A. y otros países industrializados, han tenido ese reto en el pasado y lo han resuelto durante nuestra generación a través de dedicación y resolviendo prioridades<sup>1,2,7</sup>.

La tasa de mortalidad materna hospitalaria no constituye indicador apropiado del riesgo general de defunción

materna en los países en desarrollo, porque la mayoría de muertes no ocurre en los hospitales, sin embargo la información hospitalaria es siempre valiosa, porque:

- Es fuente de información de las causales de muertes.
- Revela el funcionamiento técnico del plantel médico.
- Sirve para la educación y proyección docente.

Nuestro país cuenta con 338 establecimientos hospitalarios, de los cua-

les el 45% pertenece al Ministerio de Salud y al IPSS.

En 1985<sup>3</sup> la tasa hospitalaria de mortalidad materna global fue de 16,5/100 000 p.n.v. y 19,2/100 000 en los hospitales del Ministerio de Salud; se sabe que se trata de pacientes con no más de un 30% de controles hospitalarios (en el mejor de los casos) y casi un 50% de partos domiciliarios; las características socio-económicas y culturales son muy inferiores a las de los pacientes del IPSS u hospitales privados, y es el tipo que acude al hospital de San Bartolomé.

La tasa de muerte en el Hospital de San Bartolomé fue baja desde el inicio de sus funciones (Tabla 1), en comparación con lo señalado en otros hospitales de la República; consideramos que esa realidad se debe a las normas instauradas, dándole un gran valor al control prenatal<sup>4,5,8-10</sup>.

Al empezar nuestras labores, efectuamos sólo consultas externas durante seis meses y, paralelamente, preparamos, adoctrinamos e hicimos conciencia en la población que nos correspondía de la enorme importancia del control, educándola en el sentido de dejarse observar y dirigir periódicamente durante el embarazo. Es así como logramos que más de un 80% de pacientes tuvieran control, cifra que se ha mantenido hasta la fecha, ocupando las camas del Hospital San Bartolomé una población educada a pesar de tener las mismas características socioeconómicas y culturales de las pacientes que van a otros nosocomios, con procedencia de pueblos jóvenes y de los clásicos callejones de Barrios Altos. Evidentemente, la población, si es concientizada, acepta las sugerencias y acude a controles.

Observamos una disminución progresiva de la tasa de Mortalidad Materna entre los dos estudios (Tabla 1). Pero, en tablas comparativas en cuatro períodos de tiempo (Tabla 3) más cortos, vemos que la tasa disminuye hasta el año 1978, existiendo una tendencia a aumentar en los últimos años. Esto podría ser explicable por el evidente deterioro de la acción hospitalaria y del ejercicio de la profesión médica dependiente, en los últimos años, de un mantenimiento nulo de la infraestructura hospitalaria y un casi nulo aporte de material de trabajo, así como, también, por las huelgas sucesivas o simultáneas médicas y del personal de salud, el deterioro en la educación universitaria, etc.

Las diferencias con el IPSS (Tabla 2) se justifican, por las características de las pacientes que acuden a ese nosocomio y la implementación del mismo. La más elevada mortalidad en el Hospital Cayetano Heredia obliga a efectuar una mejor labor de promoción y prevención.

En cuanto a la edad (Tabla 4), apreciamos en el grupo B una disminución del número de muertes en las edades de 15 a 19 años, lo que constituye un logro positivo, dependiente posiblemente de la educación y disminución de adolescentes gestantes.

El Hospital de San Bartolomé está en el grupo de hospitales catalogados entre 50 a 99 camas, ya que consta de 79 camas, y con más de 4000 partos por año. En las tasas de mortalidad materna, hubo 17,3 muertes por 10 000 p.n.v. en este tipo de hospitales<sup>3</sup>.

En el hospital de San Bartolomé hay Banco de Sangre, Anatomía Patológica, Radiología y Laboratorio Clínico. Pero, sobre todo, como decía su ex-director y fundador, el Dr. Luis Cuadra Ravines "Somos testigos de excepción de los logros obtenidos en el campo de la salud; el control prenatal tiene cada vez mayor aceptación gracias a la energía que se despliega para lograrlo; la educación para la salud, lenta, pero seguramente, va haciendo conciencia en la colectividad; la integración de los aspectos preventivos y curativos que premien la continuidad entre el control pre-natal, la atención del parto y el seguimiento del caso, y estos esfuerzos, unidos a una organización eficiente y a un cuidado permanente en los servicios de hospitalización, han permitido la obtención de tasas de mortalidad que honra al hospital"<sup>11</sup>.

En relación con la cronología de la gestación, apreciamos (Tabla 5) que en el grupo B no se presentaron muertes en los dos primeros trimestres, probablemente sólo porque no acudieron a la institución pacientes con patología de la primera mitad del embarazo.

En cuanto a la paridad (Tabla 6), se mantiene una mayor frecuencia en la primigrávidas jóvenes. El causal mayor de muertes lo constituyó la sepsis (Tabla 7) que, del 39.4%, aumentó al 64.7% en el grupo B, a diferencia de lo que ocurre en otros países del Tercer Mundo e incluso en la estadística local<sup>3</sup>, donde es la hemorragia el mayor causal (hemorragia 23% - aborto 22% - infección 18% - toxemia 17%). Consideramos que ello es un problema esencialmente técnico y que requiere

de una filosofía preventiva muy clara. No tuvimos muertes directamente relacionadas con anestesia, en el grupo B.

Evidentemente el control pre-natal es la piedra fundamental de la prevención, observándose en el grupo B la evidencia de que la mayoría de las defunciones se debieron a la falta de control pre-natal (Tabla 8). Lo es confirmado en la literatura universal<sup>2,7,12-16</sup>.

Las muertes relacionadas con la intervención quirúrgica no implican que la causa directa hubiera dependido del procedimiento, sino que más bien se deben a la naturaleza del problema que obligó al acto quirúrgico (Tabla 9). El mayor porcentaje de muertes maternas en el acto quirúrgico en el grupo B, en comparación con el grupo A, ha sido debido, probablemente, a que la conducta ha sido más agresiva en los problemas sépticos que en la eclampsia en los últimos años.

¿Por qué la sepsis sigue siendo un causal que mantiene actualidad?. Por las conocidas y obvias razones de una infraestructura vieja, no renovada; una falta cada vez más aterradora de implementación médico quirúrgica; a la infección cruzada intrahospitalaria y la involuntaria aceptación del profesional de romper con la rigidez de asepsia y antisepsia y, si no, observemos las cadenas bacteriológicas que rodean los hospitales, las carretas rodantes de vendedores con alimentos contaminados, como uno de los eslabones del problema y aceptados pasivamente por los nosocomios.

De ahí que podemos concluir que, en nuestra experiencia, los causales de mortalidad materna en los hospitales en nuestro medio son:

1. Factores técnicos del equipo de salud al no saber, no poder o no hacer el máximo esfuerzo, primero para evitar y luego, para corregir los causales directos dependientes de complicaciones del embarazo, del parto o del puerperio o evitar la agravación de alguna afección pre-existente.
2. Factores inherentes a los servicios de salud, cuyos niveles realistas de atención son muy bajo por: a) Falta de suministros esenciales; b) Falta de personal adiestrado; c) Falta del acceso a hospitales bien implementados y d) Falta del mínimo y suficiente control pre-natal.
3. Factores reproductivos biológicos: a) La edad de la madre; las muy jóvenes o mayores de 35 años. b) La multiparidad (más de 4 hijos). c) Los espacios internatales cortos.

#### 4. Factores socioeconómicos.

Nosotros, como educadores no podemos soslayar la primera causa-la técnica-mientras otros niveles corrigen sus propias obligaciones, y nuestro imperativo es educar de acuerdo al avance de la ciencia.

#### Conclusiones y Recomendaciones

Se puede disminuir la tasa de mortalidad materna de causa obstétrica, se es que:

- a) Se efectúa acciones técnicas que conlleven a una real función preventiva, aceptando y utilizando la nomenclatura sugerida a nivel internacional.
- b) Se acondicione los hospitales de la capital y provea suficientes consulto-

rios, para poder educar y atender a la comunidad que les ha sido asignada.

c) Los profesionales, lógicamente, deben estar bien entrenados y con conciencia plena de lo importante de la prevención; particularmente en nuestro medio, deben dirigir su energía y esfuerzos con esa motivación.

d) En el plano docente, las universidades deben mantener en la enseñanza, profesores idóneos, capaces y con conciencia de dar mensaje de carácter preventivo.

e) En el nivel político, los hospitales generales o los materno infantiles deben estar implementados adecuadamente, para una programática de prevención, promoción y recuperación de la salud.

f) Tanto en el plano docente como en

el asistencial, debe haber iniciativas de investigación:

- Sobre tecnología apropiada para prevenir las defunciones maternas, con métodos sencillos y suficientes de laboratorio y botiquines.
- Investigaciones epidemiológicas que comprueben:
  - La información sobre mortalidad materna (el número absoluto de muertes).
  - Evaluación de los factores de riesgo que inciden sobre la mortalidad materna: factores clínicos; factores relativos a los servicios de salud; factores relativos a la reproducción humana; factores socio-económicos.

#### REFERENCIAS

1. Starrs A. Preventing the tragedy of maternal deaths. A report on International SAFE. Motherhood Conference: Nairobi-Kenya Feb. 1987.
2. Maternal mortality rates: A tabulation of available information, WHO: 1985.
3. Cervantes R, Watanabe T, Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Lima: Arte Gráfica, 1988.
4. Yi Fon N. Mortalidad materna en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé. (Tesis Doctoral) Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1974.
5. Ludmir A, Barreda A, Mayo J. Mortalidad materna. En: Congreso Peruano de Ginecología y obstetricia. Trujillo, 1986.
6. Fifth World Congress of Gynecology and Obstetrics, Sydney. Londres: Baulterworths, 1967.
7. Palitti DB y col. In hospital maternal mortality in the United States: time trends and relation to methods of delivery. *Obstet Gynecol* 1982; 59: 6-17.
8. Ludmir A. Mortalidad Materna: aspectos paraobstétricos. En: Tercer Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima: Sesator, 1968.
9. Ludmir A. Mortalidad materna. Memorias del VII Congreso Latino Americano de obstetricia y Ginecología. Quito: Ediciones VII Congreso Latinoamericano, 1973.
10. Ludmir A. Manual de normas y procedimientos generales en Obstetricia y Ginecología. Lima: Guillermo Renique P., 1978.
11. Ludmir A. Emergencias obstétrico-ginecológicas en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé. Lima: Sesator, 1972.
12. Hogber V. Maternal mortality: a world wide problem. *Swe Int J Gineco Obstet* 1985; 23: 463-70.
13. Homo M. y col. Mortalidad materna en Maternidad de Seguridad Social de Zaragoza *Rev Esp Obst y Gin* 1979; 38: 342-3.
14. Kaumitz AM y col. Causes of maternal mortality in the United States. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 602-5.
15. Kaumitz AM y col. Maternal deaths in the United States by size of hospital. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 311-4.
16. Rubin GL. y col. Maternal death after cesarean section in Georgia. *Amer J Obstet Gynecol* 1981; 139: 681-5.