

HACIA UNA MATERNIDAD RURAL SEGURA

Rogers Olivera Hermoza^(1,2), Jean Marcel Castelo Vega⁽²⁾,
María Cáceres Álvarez⁽³⁾

RESUMEN:

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que con más fidelidad expresa la inequidad y la exclusión social. Se incluyó un grupo de gestantes inducidas a atención de parto institucional mediante la aplicación de una estrategia de salud, logrando la disminución de la mortalidad materna y perinatal

Se incluyeron 110 gestantes inducidas para de atención de parto institucional en un establecimiento de primer nivel. Los hallazgos fueron los siguientes: La edad y talla promedio fueron 26 años y 1,49 m, las variables obstétricas en promedio fueron: número de controles prenatales (CPN) de 6,93; número de gestaciones de 4,22; la altura uterina al final del embarazo de 30,49 cm, periodo intergenésico de 2,54 años, ganancia de peso promedio por gestación de 6,041 Kg. La diferencia de la fecha de parto entre la fecha recogida por la Fecha de última regla y la fecha real del parto varía en un promedio de adelanto de 1,45 días. Mas de la mitad de gestantes (57,3%) fueron considerados como desnutridas, La permanencia en días en el hogar materno fue en promedio 6,44 días, 32,7% de las gestantes refirió haber tenido una muerte infantil, el análisis de regresión lineal mostró asociación entre ganancia de peso durante la gestación, altura uterina y peso al nacer.

Concluimos que la aplicación de una estrategia que tiene como base la adaptación de los servicios de salud y la proximidad de la gestante al establecimiento de salud logro disminuir las tasas de mortalidad materna y perinatal

Palabras Clave:

Mortalidad Materna

ABSTRACT:

The maternal mortality is one of the sanitary indicators that with more expressed fidelity the iniquity and the social exclusion. It includes a pregnant group induced to attention of institutional childbirth by means of the application of a strategy of health, achieving the decrease of the maternal and perinatal mortality

110 pregnant was included induced for of attention of institutional childbirth in an establishment of first level. The discoveries were the following ones: The age and size

(1) Médico SERUMS microrred Paruro-red de servicios de salud Cusco Sur.

(2) Médico cirujano egresado UNSAAC.

(3) Obstetrix microrred - Paruro - Cusco

averages were 26 years and 1,49 m. The obstetric variable on the average was: number of prenatal controls (CPN) of 6,93; number of gestations of 4,22, the uterine height at the end of the pregnancy of 30,49 cm, period 2,54 year-old intergenésic, gain weight average for gestation 6,041 Kg. The difference of the childbirth date among the date picked up by the Date of it finishes rule and the real date of the childbirth varies in an average of advance of 1,45 days. But of half of pregnant (57, 3%) they were considered as undernourished. The permanency in days in the maternal home was on the average 6,44 days, 32,7% of the pregnant referred to have had an infantile death, the analysis of lineal regression showed association among gain weight during the gestation, uterine height and I weigh when being born. We conclude that the application of a strategy that has like base the adaptation of the services of health and the vicinity of the pregnant to the establishment of health achievement to diminish the rates of maternal and perinatal mortality.

Key Words: Maternal mortality

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un problema importante de salud pública en el Perú y otros países en desarrollo(1). No sólo significa la muerte de cientos de miles de mujeres cada año, sino que tiene como uno de sus efectos la mortalidad de los niños de dichas mujeres y expresa las profundas desigualdades entre países y, dentro de ellos, entre regiones, clases sociales y géneros(1).

En una serie sobre preferencia del parto domiciliario realizado por Fernández(3) encontró que la decisión de preferir un parto en domicilio era influenciada por el bajo nivel educativo e idioma de la mujer. Muchas situaciones son enmarcadas para la prevención de la mortalidad materna (1,2,3). En el ámbito de la Microred Paruro (EX UBASS PARURO) se plantearon estrategias para disminuir la mortalidad materna y perinatal, en las cuales se trataba de modificar la inequidad de género de la mujer en su comunidad, haciendo a la comunidad participe en el cuidado de la salud de la gestante, recordemos el rol de la mujer en el núcleo familiar (Pasteo, quehaceres agrícolas y cuidado de los hijos), Se diseñó una estrategia de salud que trataba de tener a la gestante cerca al EE SS durante el trabajo de parto, evitándose el rechazo por parte de esta a los servicios de salud, adecuando servicios de acuerdo al entorno cultural donde se trabaja, además de contar con mecanismos de referencia comunitarios y a niveles de salud mayores ante cualquier emergencia obstétrica, lográndose disminuir las altas tasas de mortalidad materno perinatal, de tasas que ascendían a 105 por 10000 nacidos vivos, asimismo la tasa de mortalidad perinatal, contando con el apoyo de facilitadores, el modelo estratégico estaba basado en **PRIMERO:** Componente de Información, educación y cultura que abarcaba la sensibilización al personal de salud, agentes comunitarios de salud, líderes comunales, organizaciones de base, movilizaciones que difundían la necesidad de cuidar la salud materno perinatal, **SEGUNDO:** la adecuación de servicios, adecuando ambientes físicos y practicando la atención de parto de acuerdo a la cultura de la gestante (posición cuclillas), **TERCERO:** Se contó con una casa de espera: HOGAR MATERNO, el cual brindaba servicios de

hotelería, y debía llegar a un punto de auto sostenimiento con apoyo de la comunidad, **CUARTO:** Vigilancia Comunitaria; Organizando comités de vigilancia materna constituido por actores sociales Y miembros representativos de la comunidad captando y refiriendo pacientes, formando grupos de apoyo en la comunidad, articulando sistemas de comunicación para la rápida referencia entre comunidades. **QUINTO:** Apoyo familiar a la gestante identificando la concepción de embarazo parto, puerperio y el cuidado del perinato, neonato, y niño en el hogar, **SEXTO:** Supervisión monitoreo y Evaluación a través de cabecera de microred.

El lugar de aplicación fue el Puesto de Salud Rondocan, Establecimiento de la Microred Paruro el cual inicia la apertura de la Estrategia materno perinatal, así como el funcionamiento del Hogar Materno con los demás componentes de la estrategia a partir del mes de Marzo del 2000, registrándose un total de 139 casos de gestante atendidas aplicando todos los componentes de intervención logrando disminuir la cifra de Mortalidad Materna de registrado en 1999(105 por 10000) a 0 al año 2002.

MATERIALES Y METODOS

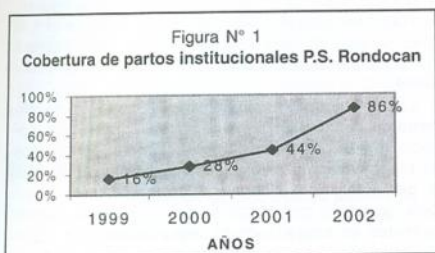
Se recolectó los datos de las historias clínicas de pacientes atendidas de parto institucional captadas mediante la aplicación de la estrategia ya mencionada, en el periodo del 02 de Febrero del 2000 al 30 de Junio del 2002.

Se tomaron como variables representativas procedencia de la gestante expresada en horas a establecimiento de salud, Edad, talla; ambos al primer control prenatal (CPN), Número de CPN, semana de primer CPN, Numero de gestación, Altura uterina al final del embarazo (tomada del último CPN), Periodo intergenésico, Ganancia de peso (considerada como el número en kilos de peso ganado al final del embarazo), Concordancia con la fecha probable de parto registrada en Hoja CLAP (Considerada como la diferencia entre la Fecha probable de parto u la fecha real del parto), Estado de nutrición, Permanencia en hogar materno (días de estancia en Hogar materno), antecedente de muerte perinatal, infantil, Datos antropométricos del recién nacido, cau-

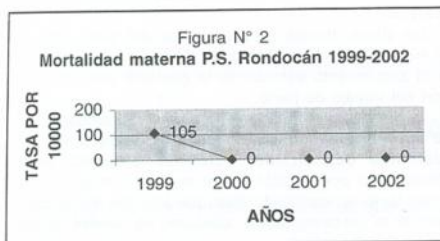
sas de referencias obstétricas de establecimiento de salud.

Se definió como parto institucional al parto atendido por personal de salud en el establecimiento de salud, se excluyeron aquellos partos considerados como "institucionalizados".

Los datos fueron tomados del Registro de Hogares Maternos del establecimiento de salud, Historia Clínica de la gestante y recién nacido, Hoja CLAP de la gestante. Se incluyeron 110 gestantes que cumplían los criterios de inclusión.

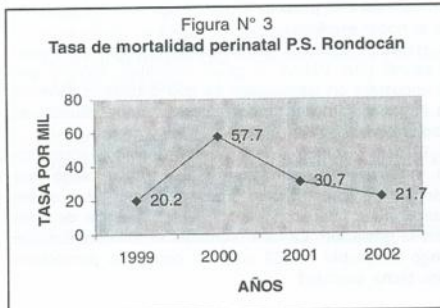


RESULTADOS



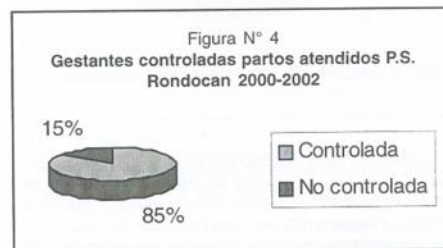
La cobertura del parto institucional aumento posterior a la aplicación de la estrategia 16% Vs 86%) Fig. 1.

Mediante la aplicación de esta estrategia, se logro disminuir la tasa de mortalidad materna de un 105 por diez mil nacidos vivos reportados el año 1999 a cero al primer semestre del 2002, (Fig. 2) asimismo la mortali-



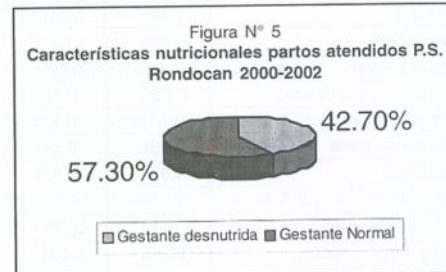
dad perinatal se encuentra en franco descenso de 57 por mil a 20 por mil en lo transcurrido del año 2002 (Fig. 3)

La edad promedio de las gestantes atendidas fue de 26 años(15-45 años), la talla promedio de las pacientes incluidas en este serie fue de 1,49 m (p10= 1,39m ; p90 =1,62m) , el número de CPN promedio fue de 6,93 (3 a 11), considerándose gestantes controladas (de acuerdo al criterio actual más de 6 controles independiemen-



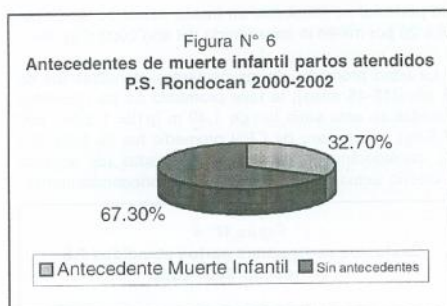
te del riesgo obstétrico, un total de 85,5% del total de gestantes incluidas en esta serie (Fig. 4)

El número de gestaciones promedio fue de 4,22 (1 a10), la altura uterina promedio al final del embarazo (último CPN) fue de 30,49 cm, con un variación de un mínimo de 24 cm a un máximo de 38 cm, p10:28,33 y p90 de 32,71), el periodo intergenésico promedio fue de 2,54 años, la ganancia de peso promedio por gestación fue de 6,041 Kg., (1-13,5 Kg.), siendo el promedio menor al promedio normal de incremento de peso mater-



no, dicho aumento de peso varia de un percentil 10 de 2,77 Kg. hasta un percentil 90 de 9,636 Kg.

La diferencia de la fecha de parto entre la fecha recogida por la Fecha de ultima regla y la fecha real del parto varia en un promedio de adelanto de 1,45 días, con una variación de 35 días antes y hasta 60 días posteriores a la fecha consignada como probable , aproximadamente el 57,3% del total de gestantes incluidas en esta serie fueron consideradas como Desnutridas de acuerdo al rango de peso y talla que se maneja para su diagnostico. La permanencia promedio en días en hogar materno fue de 6,44 días (1 a 64 días), el porcentaje de ma-



El peso del recién nacido fue de 2,94 Kg., (p10=2,50, p90=3,42) la talla promedio del recién nacido fue de 48,62 cm (p10:46,19 p90=50,92), la edad gestacional promedio calculada por examen físico fue de 39,3 sems con una variación de 36 a 42 semanas, hubo relación significativa estadística entre peso del recién nacido y talla de la gestante.

Cuadro N° 1
Correlación entre peso al nacer y otras variables

	r	P
Edad	-0.058	0.254
Talla	0.254	0.007*
CPNs	0.410	0.001*
1° CPN	-0.191	0.046*
Gestación	-0.099	0.303
Altura uterina	0.445	0.001*
Período intergenésico	-0.032	0.749
Ganancia peso	0.144	0.133
Diferencia parto	-0.059	0.541
Nutrición	-0.076	0.432
Permanencia Hogar Materno	0.069	0.475
Muerte Perinatal	0.190	0.047*
Talla Recién nacido	0.465	0.001*
Edad Gestac. Recién Nacido	0.072	0.455

(*) significativamente estadístico

Al análisis de correlación se encontró asociación significativa entre peso al nacer y las siguientes variables: talla de la gestante, controles prenatales primer control prenatal, altura uterina, antecedente de muerte infantil, talla del recién nacido, edad gestacional del recién nacido.

El análisis de regresión lineal mostró un 21% de variabilidad entre ganancia de peso durante la gestación y peso al nacer, así como de 19.8% entre altura uterina y peso al nacer, el análisis de correlación mostró una variabilidad de 48% entre peso al nacer y varia-

bles categóricas como talla del recién nacido, talla de la gestante, controles prenatales, altura uterina.

DISCUSIÓN

Los datos hallados reflejaron un aumento de la cobertura de atención de parto institucional, de 16 a 86%, reforzando la idea: parto institucional para evitar la mortalidad materno perinatal.

En nuestro país se han utilizado diferentes estrategias para disminuir la mortalidad materna, una de ellas es la casa materna o casa de espera u Hogar materno como en nuestro caso, sin reportes sobre el impacto de este (1), este acto se asocia a una estructura que aúna participación activa del núcleo familiar y comunal.

Los hallazgos antropométricos (peso, talla) se encontraron dentro del rango esperado para nuestra población (6), La edad promedio encontrada de 26 años del rango esperado para nuestra población, La mayoría de gestantes (80%) llegan al parámetro consignado como gestación controlada, en promedio la mayoría de gestantes es captada en el segundo trimestre (16%), facilitado por el apoyo comunal.

El número de gestaciones promedio fue de 4,2 gestaciones catalogado como alto riesgo obstétrico, el periodo intergenésico de 2,54 años no indico riesgo obstétrico.

La altura uterina media al final del embarazo de 30,49 cm, induce la necesidad de prever el seguimiento el seguimiento estricto de la gestante para la atención del trabajo de parto.

La ganancia de peso media al final del embarazo es de 6,04 Kg. no adecuado para la gestación a las gestantes desnutridas, este hecho puede estar influenciado por el dato inicial del peso materno, así como factores socioculturales que influyen en la nutrición de la gestante (trabajo, consumo de alcohol, preparación de alimentos).

Los días de estancia medio en hogar materno fueron de 6,44 días, factor condicionante para brindar servicios de hotelería y alimentación, necesitando una ración mínima de alimentos para esos días.

La diferencia de la fecha de parto real Versus la Fecha probable determina a partir de la fecha de última regla varía en un adelanto de 1,45 días en promedio, con este dato se pudo anticipar el ingreso de la gestante en el hogar materno.

Hasta un tercio de gestantes consignaron una muerte infantil (que incluye el grupo neonatal), número que se encuentra en disminución ya que durante la estancia en hogar materno se realiza actividades de difusión de programas de salud.

El peso promedio de los recién nacidos atendidos en establecimiento de salud es de 2,94 Kg. rango considerado como aceptables pero no óptimo, las posibles causas pues pueden ser insuficiente ganancia de peso para la gestación. La talla promedio se encuentra en un rango aceptable (48,62 cm) así como los percentiles para dicha cantidad.

CONCLUSIONES

Se logro la disminuci3n de la mortalidad materno y perinatal adaptando los servicios de salud a la realidad cultural de nuestras pacientes, sumando esfuerzos comunales .

Se inicio con una fase de informaci3n, adecuaci3n cultural consistente en la atenci3n de trabajo de parto vertical o de "rodillas", consigue evitar el rechazo al parto institucional, adapt3ndose el personal de salud a las exigencias culturales de las gestantes.

La permanencia de la gestante cerca a un establecimiento de salud, tercer factor decisivo incluye el conocimiento de la estimaci3n de la fecha real de parto a partir de la fecha estimada, para prever el tiempo necesario de estancia en hogar materno y brindar servicios de hosteleria en hogar materno (alimentaci3n principalmente)

BIBLIOGRAFÍA

1. Benavides B. Reducci3n de la Mortalidad Materna en el Per3. ¿Por donde empezar?-Anales de la facultad de Medicina UNMSM Vol. 62 N3 3-2001 Lima-Per3
2. Villacorta A. ,Una Nueva herramienta analitica para programas de maternidad segura y saludable Anales dela facultad de Medicina UNMSM -Vol 62 N31 . Lima-Per3
3. Tavera Luis ,Como lograr una maternidad segura Revista de Ginecolog3a y Obstetricia Vol. N31 2001 Lima-Per3
4. Fern3ndez J. Factores condicionantes en la preferencia por el parto domiciliario en madre de zona urbana y Rural de San Jer3nimo SITUA A3o 3 N3 5 1995 Cusco-Per3
5. Tinker A, Koblinsky MA. Hacia una maternidad segura. Documentos para discusi3n del Banco Mundial. Washington: Banco Mundial; 1994.
6. Instituto Nacional de Estadística e Inform3tica. Encuesta Demogr3fica y de Salud Familiar 2000. Lima: INEI. 2001.
7. World Health Organization/UNICEF. Revised 1990 estimates of maternal mortality. Ginebra: Unicef; 1996.
8. Cervantes R, Watanabe T, Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Per3. Lima: MINSASociedad Peruana de Ginecolog3a y Obstetricia; 1988.
9. OPS/OMS. Ejecuci3n y avances del plan de acci3n regional para la reducci3n de la mortalidad materna: An3lisis de la situaci3n actual. OPS. 1997. Washington
10. Direcci3n General de Salud de las Personas. Mortalidad materna: buscando soluciones a un problema de salud p3blica. En: Ministerio de Salud. Salud Mujer No. 1. Lima: Ministerio de Salud; 2001. p. 13-16.

LA NATURALEZA DEL SER

Hab3a una vez un maestro oriental que vio c3mo un alacr3n se estaba ahogando.

Decidi3 sacarlo del agua, pero cuando lo hizo, el alacr3n lo pic3. Ante el dolor lo solt3, por lo que el animal de nuevo se estaba ahogando...

Entonces intent3 sacarlo y otra vez lo volvi3 a picar. La escena se repiti3 varias veces: Sacarlo del agua, ser picado y soltarlo.

Alguien que observa le dice: «¡C3mo es terco! No entiende que cada vez que lo saque del agua lo va a picar?». Entonces el maestro oriental le respondi3: «La naturaleza del alacr3n, que es picar...no va a cambiar mi naturaleza, que es ayudar».

Entonces saco al animalito del agua con la ayuda de una hoja. **No cambies tu naturaleza si alguien te «traiciona», solo ten m3s cuidado.**