

RED. PERUANA DE PERINATOLOGIA RESUMENES JORNADA

—Fundada el 21 de junio de 1988. LIMA - PERU—

Desde 1981, mediante el uso de tecnologías tales como la terapia de rehidratación oral y el programa de inmunización, se ha disminuido en Latinoamérica y en nuestro país la mortalidad infantil, principalmente aquella ocasionada por las enfermedades diarreicas, las enfermedades respiratorias agudas y las enfermedades inmuno prevenibles.

Sin embargo, en el Perú, la mortalidad en el primer año de vida es aún una de las más altas de Latinoamérica, dentro de la cual, la mortalidad perinatal, ocasiona la muerte de alrededor de 10.000 niños por año, situación que no ha variado en los últimos años. La mortalidad perinatal es la tercera causa de mortalidad infantil, pero se está tornando en la primera al haber disminuido las muertes por diarreas e infecciones respiratorias. El recién nacido es uno de los indicadores más sensibles de calidad de vida y de calidad de servicios de Salud.

La esperanza de vida se puede mejorar en el Perú solamente disminuyendo la mortalidad infantil y, en particular, la que ocurre alrededor del nacimiento.

La mortalidad perinatal tiene una correlación con la mortalidad materna, la que es más alta en los países en desarrollo, en donde se dice representa hoy la mortalidad materna que tuvieron los países desarrollados hace 50 años. En el Perú es causada por hemorragias, abortos, infecciones e hipertensión inducida por el embrazo, siendo más de la mitad de dichas muertes prevenibles.

Por los motivos expuestos, un grupo de profesionales e instituciones en el Campo de la Salud Materna y Perinatal, interesados en mejorar las tasas de morbimortalidad y la calidad de vida de la población peruana, ha decidido conformar la RED PERUANA DE PERINATOLOGIA, que aglutinará los esfuerzos de los profesionales de todo el país. A través del intercambio de experiencias y orientando la capacidad creativa de investigación, irá planteando alternativas a los problemas nacionales de Salud Materna y Perinatal, coordinará los recursos técnicos, científicos y financieros de las instituciones de Salud y formadoras de recursos humanos y contribuirá a la elaboración, difusión normativa y operacionalidad del Programa Materno-Infantil en las diferentes regiones y niveles del país.

El primer Consejo Directivo de la Red Peruana de Perinatología está constituido por:

Presidente	: Dr. Juan Denegri Arce
Vice-Presidente	: Dr. Raúl Urquiza Aréstegui
Secretario General	: Dr. Félix Salgado Rosales
Tesorero	: Dra. Nelly Quinteros
Vocales	: Dr. Gustavo Pinedo Reátegui

COMITES DE MORTALIDAD MATERNA

Dr. René Cervantes B.

Dentro de la estrategia para disminuir la morbimortalidad materna debe incluirse la organización y funcionamiento de lo que se ha dado en llamar Comités de Mortalidad Materna, y que no son sino un sistema de auditoría de las muertes maternas detectables, por lo menos, a nivel hospitalario en un primer momento.

Es significativo que los Comités de Expertos de la OMS, que han señalado los requisitos sobre los cuales se fundamenta la adecuada organización y funcionamiento de los sistemas de servicios de salud materna, no consideren este instrumento como parte de sus recomendaciones —somos conscientes también del aparente fracaso— de esta línea de acción en la lucha contra la mortalidad materna, pero el ejemplo de Colombia y muy especialmente de Cuba, nos reafirma en la necesidad de organizar y operar en nuestro país un sistema de Comités de Muerte Materna.

Objetivo

El objetivo básico de los Comités de Muerte Materna, debe ser el estudiar las características y determinantes de las muertes maternas, desde la perspectiva de su evitabilidad con el fin de corregir los aspectos críticos en torno a la muerte para mejorar el nivel de salud materna.

Organización

Consideramos tres niveles en la organización de los Comités de Mortalidad Materna, CMM.

- 1.— Nivel Nacional o Central constituido por el director del Programa Nacional de Salud Materno Infantil o su representante.
- 2.— Nivel Regional o de UDES, constituido por el responsable del Programa a ese nivel, el jefe de la Unidad de estadística y un grupo de expertos al igual que en el caso anterior.
- 3.— Nivel local u hospitalario, constituido por el Jefe del Servicio o Departamento de Obstetricia y Ginecología, un médico del Departamento y el Jefe de estadística de Hospital.

Deben establecerse reuniones periódicas mensuales en todos los niveles, los informes de los Comités deben ser confidenciales.

Debe adaptarse un modelo único de registro de hechos materno perinatales. La HCPS del CLAP nos parece adecuada para este propósito.

Si se ve por conveniente, puede elaborarse un formato de registro de datos para cada caso de muerte en el que se contemplen, tal vez, algunos datos importantes no cubiertos en la HCPS.

Debe promocionarse el adecuado llenado del certificado de muerte materna en las 3 instancias:

- Causa básica
- Causa intermedia
- Causa terminal

Debe unificarse la terminología, definiciones, clasificaciones, etc., con el fin de hacer posible el análisis a nivel nacional.

Los servicios o departamentos deben organizarse adecuadamente, y deben realizar en forma periódica, reuniones clínico-patológicas, reuniones de actualización, reuniones estadísticas de la atención obstétrica y ginecológica.

Las muertes deben clasificarse en prevenibles y no prevenibles, y los factores de prevención deben ser agrupados de alguna manera, por ejemplo:

- a.—Personal de salud
- b.—Sustitución de salud (Servicios de Salud)
- c.—Paciente. Estilo de vida.

Otra manera podría ser:

- a.—Tratamiento médico deficiente
- b.—Falta de recursos materiales elementales
- c.—Restricciones en el acceso de la embarazada a los servicios.

d.—Organización deficiente de los servicios.

e.—Factores de la paciente. Patrones culturales, educación deficiente, etc.

Debe establecerse un sistema de información por niveles, que permita obtener la información en la brevedad posible.

El sistema de auditoría tiene limitaciones que es necesario corregir:

a.—El concepto de evitabilidad es difícil de precisar, por lo que es preciso un consenso de expertos para dotar a los Comités de criterios operacionales claros y suficientes.

b.—Existe el riesgo de no contar con objetividad adecuada en la recolección de información de cada servicio, ya que puede interpretarse el estudio como una investigación legal.

c.—Existe la posibilidad de investigación judicial en algunos casos de muerte, y por ende la solicitud de información para el procedimiento legal.

A pesar de todo, creemos que es necesario crear los CMM en los tres niveles, y establecer el sistema adecuado para el funcionamiento lo más pronto posible.

Dr. Alberto Franco

La hemorragia representa el primer lugar de la mortalidad Materna en el Perú, por lo tanto se debe conocer las causas de hemorragia en Pre-Intra y Post parto para reconocerla, y luego sean accesitaria a un tratamiento adecuado que permita disminuir la Morbi-mortalidad Materna que es fiel reflejo de la forma como se trabajó en un Departamento de Gineco-Obstetricia. Las muertes deben ser discutidas en los diversos niveles de los Comités de Morbi-Mortalidad Materna para reconocer las fallas que deben ser conocidos y corregidas por los componentes del stach del Departamento.

Todo Departamento de Gineco-Obstetricia para luchar contra la Mortalidad Materna, debe contar:

a.—Normas cómo enfocar la hemorragia.

b.—Especialistas capaces de manejar esta complicación. Las complicaciones hemorrágicas más frecuentes son: Placenta Previa, Desprendimiento Prematuro de Placenta, Atonía Uterina, Placenta Acreta, Restos placentarios y membranas, lesiones de partes blandas, etc.

c.—Banco de sangre.

d.—Laboratorio que funcione las 24 horas.

e.—Hospital equipado con los recursos mínimos necesarios.

Con la concepción de la prevención, conocimiento, destreza, equipamiento hospitalario, en la actualidad no debe existir muertes por hemorragia.

CONCEPTO DE RIESGO Y ENFOQUE DE RIESGO EN SALUD PERINATAL. ASPECTO OBSTETRICO

Dr. Moisés Huamán G.

Definición de riesgo obstétrico

Posibilidad de aparición o empeoramiento de complicaciones en la madre y/o el feto, aumentando la morbimortalidad de éstos.

Importancia del enfoque de riesgo

—La identificación de los grupos de riesgo permite mejorar el control perinatal y la utilización adecuada de los recursos humanos y tecnológicos existentes.

—Todos los estudios demuestran que la mortalidad materna es varias veces mayor en el grupo de riesgo alto. Igual tendencia se observa con la morbilidad (Aplicación de la tabla de Hobel, trabajo del Dr. Cervantes, etc.).

—La morbimortalidad perinatal se concentra fundamentalmente en embarazos de riesgo alto (Hobel, Cervantes, Clifford, Nesbit, Sokol, etc.).

Factores de Riesgo

- Factores sociodemográficos
- Intervalo intergenésico
- Multiparidad
- Anemia
- Pre eclampsia
- Parto prematuro
- Mala historia obstétrica
- RPM
- Presentación podálica
- Hemorragia placentaria
- Sufrimiento fetal
- Pielonefritis
- Gestante añosa
- Otros.

Valoración del Riesgo Obstétrico

Nivel 1 — Impresión clínica.

Nivel 2 — Selección de ciertos procesos de riesgo.

Nivel 3 — Cuantificación de los acontecimientos perinatales a favor o en contra de un resultado favorable.

—Normas de atención integral de la salud materno infantil (MSP).

—Historia Perinatal simplificada (CLAP-OPS, DMS).

—Tablas de puntuación de riesgo.

Es recomendable la identificación de factores de riesgo obstétrico y perinatal para la atención por niveles.

Durante el período de control de la gestante y en el curso de la atención del parto, son dos los objetivos del profesional que presta este tipo de atención:

1.—Propiciar que el embarazo llegue a buen término y se produzca un parto sin riesgo para la paciente, preservando su salud.

2.—Lograr el nacimiento de un niño vivo, sano, que garantice un desarrollo físico y psíquico normal.

Para alcanzar estos objetivos es necesario ejecutar acciones que permitan una evolución del embarazo, libre de factores de riesgo que puedan causar morbilidad materna y daño directo o indirecto al feto.

Del mismo modo en el curso del trabajo de parto, se debe hacer una adecuada vigilancia materna y fetal, para cumplir con los objetivos que señalamos al inicio.

El control pre-natal oportuno, adecuado y eficiente, nos permite detectar los factores de riesgo materno y corregirlos en muchos casos, prevenirlos en otros de acuerdo a los recursos que podemos contar, según donde se desenvuelven nuestras actividades; en el pre-parto, además de los informes obtenidos de la historia clínica durante el control prenatal, se requiere de un examen clínico general y obstétricos adecuados para prevenir complicaciones en el parto y el producto.

El examen clínico general nos indicará la presencia o no, de factores de riesgo, como pueden ser una anemia, hipertensión arterial, diabetes, mala historia obstétrica, etc., y el examen especializado obstétrico nos señalará las condiciones fetales, en cuanto a volumen, ubicación, y su vitalidad intra-útero.

Durante el trabajo de parto además del partograma, es de vital importancia la vigilancia fetal, ubicación, latidos y otros signos que pueden permitir hacer un pronóstico del curso del mismo.

Todos estos puntos que señalamos, son factibles de ejecutar en cualquier nivel de atención y con ello hacemos una labor preventiva de la morbimortalidad materna y neonatal.

Sin embargo pese a las medidas tomadas y los cuidados prestados durante el control pre-natal, se pueden presentar casos en el pre-parto y parto mismo, que comprometen a la gestante o al feto, y son estos casos, el motivo de nuestra preocupación y atención por las consecuencias que puedan producir a corto o largo plazo.

El sufrimiento fetal, expresión máxima del riesgo fetal siempre es consecuencia de una hipoxia que conduce a una acidosis respiratoria al inicio y metabólica cuando no se corrige oportunamente.

VIGILANCIA ECOGRAFICA DEL BIENESTAR FETAL

Dr. Moisés Huamán G.

Este parámetro auxiliar de estudio, debe ser interpretado en el contexto general de la evaluación del bienestar fetal. La información que ofrece, tiene bastante seguridad y debe ser utilizada en gestantes de riesgo alto en las que haya indicación para estudio de bienestar fetal.

El estudio sonográfico permite evaluar los siguientes parámetros de bienestar fetal:

- Concordancia de la biometría fetal con la edad gestacional.
- Signos ecográficos de RCIU.
- Estudio de la morfología fetal externa e interna.
- Movimientos corporales espontáneos e inducidos.
- Movimientos respiratorios fetales.
- Tono fetal.
- Frecuencia cardíaca fetal. Reactividad al movimiento.
- Volumen de líquido amniótico.
- Evaluación de placenta.
- Estudio ecocardiográfico fetal.
- Estudio de cordón umbilical.

Con la información descrita, puede utilizarse puntuaciones predictivas de salud perinatal.

HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO

Dr. José Pacheco Romero

Es la tercera causa de muerte materna en el Perú (17 a 21% de muertes), y una de las principales causas de muerte perinatal (17 a 25% de las muertes perinatales, especialmente fetales tardías). Su incidencia varía de acuerdo a la población estudiada, siendo muy baja en la práctica privada y entre el 3 y el 10% en la experiencia hospitalaria.

La morbilidad materna incluye complicaciones:

—del sistema nervioso central: eclampsia, hemorragia cerebral.

—cardiopulmonares: edema pulmonar, derrame pleural, pericardio, colapso cardiovascular (shock).

—renales insuficiencia renal aguda, síndrome nefrótico.

—desprendimiento prematuro de la placenta.

—hematológicas: trombocitopenia, hemólisis microangiopática, coagulación intravascular diseminada.

—hepáticas: trastornos funcionales leves, hemorragia subcapsular.

—desprendimiento de retina.

Las consecuencias fetales son principalmente:

—el retardo de crecimiento intrauterino

—la prematuridad

—la muerte fetal, especialmente tardía.

Los cambios Maternos Fisiológicos en el embarazo, incluyen:

—la retención de sodio 900 mEq

—incremento del volumen plasmático en 1.5 lt. y de 6 lt. de agua.

—disminución de la presión arterial por disminución de la resistencia vascular periférica en el segundo trimestre.

—incremento de la actividad del sistema renina-angiotensina.

—retorno de las cifras de presión arterial en el tercer trimestre por aumento de la resistencia vascular periférica.

En la Hipertensión Inducida por el Embarazo (H.I.E.), los cambios observados en la madre son:

—intenso espasmo arteriolar periférico.

—contracción del volumen plasmático circulante

—aumento de la reactividad vascular.

—alteración de la perfusión placentaria.

—ausencia de los cambios fisiológicos de la arteria decidual y aterosclerosis aguda.

En la Hipertensión Crónica:

—el flujo sanguíneo aumenta menos del 40%.

—hay incremento de la resistencia vascular periférica.

—existe arterioesclerosis hiperplásica del lecho útero-placentario.

—generalmente el compromiso fetal es menor que en la H.I.E.

Las prostaglandinas (PG) influyen sobre la resistencia vascular periférica:

—por los efectos vasodilatadores y vasoconstrictores de la PG, sintetizadas localmente, como la PGE₂, la PG₁₂ y la PGF_{2a}.

—modulando localmente las acciones de otras sustancias, tales como la PGE₂ sintetizada localmente, cuando impide la liberación de la norepinefrina por las terminaciones nerviosas.

—las PG sintetizadas en otras regiones pueden influir sobre la resistencia vascular, tal como la PGE₂ que mantiene el flujo renal, influye sobre la movilización de sodio y agua corporal, sobre el volumen plasmático e intracelular y, por lo tanto, sobre la reactividad del músculo liso vascular a los agentes presores.

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO

Dr. José Pacheco Romero

Consiste en el nacimiento del Feto y Placenta.
MANEJO HOSPITALARIO DE LA H.I.E.

H.I.E. LEVE

Reposo. Dieta hiperproteica, normosódica (la madre requiere sodio y agua, no administrar diuréticos). Hematocrito. Glicemia. Creatinina. Acido úrico. Albuminuria. Urocultivo.
Sedación: fenobarbital.

H.I.E. SEVERA

Hospitalizar. Lo indicado en la H.I.E. leve.
Funciones vitales. Peso. Diuresis.
Ecografía: retardo de crecimiento intrauterino.
Progreso de feto y placenta. Perfil biofísico.
Monitorización: prueba sin y con contracción.
Sulfato de magnesio: 8 GM e.v. y 4 Gm i.m. Repetir dosis i.m. cada 4 horas.
Alfa metil dopa: 500-2000 mg/día.
Hidralazina: 75-150 mg/día.
Clonidina: 4-6 GM en infusión e.v. control estricto.

No diuréticos, salvo edema severo: furosamida e.v.
Parto.

ECLAMPSIA

Cuidados intensivos, funciones vitales, diuresis.
Cuidados de convulsiones.
Sulfato de magnesio. Sedación.
Parto apenas mejore estado general.

MANEJO RURAL DE LA H.I.E.

Captación de gestantes.
Control Pre natal.
—Historia clínica: hipertensión, renal, familiar.
—Examen clínico, nutrición P.A., peso, edemas.
—Crecimiento de útero, feto, líquido amniótico.
—Movimientos fetales.
—Latidos fetales. Prueba sin contracción.
Reposo. Sedación. Drogas hipotensoras. Referencia a nivel superior ante persistencia o empeoramiento de sintomatología. Parto.

COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD NEONATAL EN LA ÚLTIMA DÉCADA EN ALGUNOS PAÍSES LATINOAMERICANOS

Dr. Juan Denegri Arce

La elevada mortalidad infantil de los países de América Latina y del Caribe, salvo algunas excepciones, viene experimentando una importante reducción. Por ejemplo, en el último decenio, el análisis de la mortalidad infantil de seis países latinoamericanos (Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Puerto Rico, Uruguay) muestra una consistente reducción obtenida principalmente a expensas del componente post-neonatal.

—En las tasas de mortalidad infantil y sus componentes neonatal y postneonatal de estos países, correspondientes al inicio y fin del último decenio, se observa una consistente disminución de la mortalidad infantil, obtenida en particular por la reducción de la mortalidad del período postneonatal.

La mortalidad neonatal, proporcionalmente se modificó menos que la postneonatal y lo hizo fundamentalmente por reducción del componente neonatal tardío, con escasos o nulos cambios en la mortalidad neonatal precoz. Por ello este último es el componente duro de la mortalidad y pasa a ser al final del decenio, en muchos países, proporcionalmente mayor.

La favorable caída de la mortalidad postneonatal está vinculada al efecto de las acciones dirigidas principalmente a la EDA, IRA y a las inmunizaciones. La disminución de la mortalidad de la primera semana de vida, que fue la que menos cambios ha tenido en el último decenio, así como el de las secuelas invalidantes en el niño originadas en ese período, requiere de nuevas estrategias en el campo perinatal con acciones claras dirigidas a las mujeres embarazadas y a los recién nacidos.

PRINCIPALES CAUSAS PERINATALES DE LA MORTALIDAD

Dr. Juan Denegri Arce

Además de los conocidos e importantes efectos que tienen sobre la morbimortalidad los factores ambientales, socioeconómicos y educacionales, se puede decir que unas pocas causas que se originan en la etapa perinatal, son responsables de la mayoría de las enfermedades y muertes que ocurren durante ese período. Estas causas, que están fuertemente asociadas a los tres grandes factores arriba mencionados, son:

- a.—La hipoxia feto-neonatal
- b.—La prematuridad
- c.—La desnutrición (materno-fetal)
- d.—Las infecciones
- e.—Problemas respiratorios
- f.—La hiperbilirrubinemia
- g.—El traumatismo obstétrico
- h.—Las anomalías congénitas.

Algunas de las causas arriba mencionadas, son las que producen nacimientos de peso bajo (RN prematuros y con R.C.I.). Estos son responsables de la gran mayoría de las muertes neonatales de la 1ra. semana de vida, de los trastornos del crecimiento y desarrollo y de las secuelas neurológicas que puedan quedar en el niño.

La investigación Latinoamericana sobre el bajo peso al nacer, realizado por el CLAP en materiales de Latinoamérica, sobre la base de más de 300.000 nacimientos consecutivos, arrojó una incidencia de BPN de 9% (entre 4.6% y 14.8%) y de MBPN del 1.2% (entre 0.6% y el 2.6%). Estas cifras duplican a las reportadas en los países desarrollados.

La MNP también es más elevada en los países latinoamericanos; por ejemplo el MBPN presentó una mortalidad neonatal específica de 610 x 1000 duplicando las reportadas por EE.UU. e Inglaterra.

También se encontró que en Latinoamérica, el 78% de MNP, se asocian con BPN y el 47% con el MBPN. Esta importante contribución a la mortalidad neonatal indica que las acciones preventivas que tienden a disminuir los nacimientos de BP impactarán fuertemente en la reducción de esas tasas de mortalidad.

Es necesario destacar que los RN de PB tienen con frecuencia, graves problemas para la adaptación a la vida extrauterina. La asfixia severa al nacer es 6 veces mayor en los nacidos con PB (13%) que en los de peso mayor (2%). Al 5º minuto de vida el 50% de los PB continuó con asfixia grave y solamente el 10% del grupo de peso mayor. En la asfixia moderada leve, al 5º minuto de vida se observaron: persistencia de depresión similares. Los PB con asfixia al 5º minuto de vida, se asociaron con el 64% de las muertes neonatales, ocurridas en la 1ra. semana de vida.

ENFOQUE DE RIESGO EN SALUD PERINATAL

Dr. Juan Denegri Arce

I.—CONCEPTO DE RIESGO

Ha sido utilizado extensamente en el cuidado de la salud desde hace más de un siglo.

La Epidemiología y la Clínica lo han incorporado y desarrollado ampliamente.

Gramaticalmente significa: "Contingencia o proximidad de un daño".

En la última década especialmente, ha sido más elaborado y actualmente se le entiende como: "La probabilidad que algo ocurra en el futuro".

Con ello el concepto se puede aplicar para pronosticar la ocurrencia futura de cualquier suceso, no sólo de los no deseables, sino inclusive de los deseables.

Además determinarlo: Cualitativamente (presencia o ausencia de riesgo). Cuantitativamente (riesgos altos, riesgos bajos).

Quizás lo más trascendente de esta mayor elaboración del concepto de Riesgo reside en el hecho que:

—La probabilidad se puede medir.

—Se pueden identificar los factores asociados con ella.

Como consecuencia:

—Se podría reducir la ocurrencia de sucesos no deseables, controlando oportunamente los factores importantes.

—Se podrían obtener sucesos favorables, si se fomentaran los factores adecuados.

Postulamos que en nuestro país, la situación de la salud de la población, puede mejorar más rápidamente sin un refuerzo proporcional de recursos, si se aplica el concepto de riesgo al cuidado de la salud que si se prescinde de él.

Para ello será necesario que el cuidado de la salud discrimine a la población y a los factores de riesgo de un modo más racional.

Se presume con fundamento, que disponemos de suficiente información para comenzar la aplicación del concepto de riesgo en varias áreas locales, especialmente en salud materno infantil.

Los errores que se cometan al comienzo, enriquecerán la experiencia y la información, y serán de menor trascendencia histórica, que postergar los ensayos a la espera de mayor exactitud. La que, además, será rápidamente obsoleta, posponiendo así indefinidamente los beneficios potenciales para la salud de la población.

II.—CONCEPTO DEL ENFOQUE DE RIESGO

Hipótesis:

1.—No toda la población tiene los mismos problemas de salud.

2.—No todos los problemas de salud tienen la misma importancia.

3.—Controlar los problemas importantes de salud en los grupos de población más afectados, producirá mayor impacto con menor esfuerzo, que controlar igualmente a todos los problemas en toda la población.

El enfoque de riesgo es un método de trabajo en el cuidado de la salud de las personas, las familias y las comunidades, basado en el concepto de riesgo. Esto se define como la probabilidad que tiene un individuo, o grupo de individuos, de sufrir en el futuro un daño a su salud.

Se basa en la observación de que no todas las personas, las familias y las comunidades, tienen la misma probabilidad o riesgo de enfermar y morir, sino que para algunos esta probabilidad es mayor que para otros.

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidado que va desde un mínimo para los individuos con bajo riesgo, o baja probabilidad de presentar un daño, hasta un máximo para los de alto riesgo o alta probabilidad de sufrir alteraciones de su salud.

Este principio de justicia distributiva permite que los recursos sean redistribuidos y usados con mayor efectividad y de acuerdo a las necesidades del individuo o de la población.

METODOLOGIAS PARA EL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD MATERNA

Dr. Wilfredo Gutiérrez

1. *Definición de Muerte Materna* (OMS) — Muerte de toda mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días completos de terminado el embarazo (independientemente de la duración o localización), de cualquier causa relacionada o agravada por la gestación o su manejo. Se excluyen las muertes atribuidas a causas accidentales o incidentales.

a) Mortalidad materna por causas obstétricas directas. Constituida por las muertes que resultan de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o por eventos por ellos desencadenados.

b) Mortalidad materna por causas obstétricas indirectas. Constituida por muertes que resultan de enfermedades pre existentes o enfermedades que se desarrollan durante el embarazo y que no son debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

2. *Objetivo* — Conocimiento de la magnitud del problema con la finalidad de:

a) Diagnosticar la situación de salud, realizar comparaciones (sensibilización de opinión pública, docencia, exposiciones, conferencias, publicaciones, investigación).

b) Diseñar estrategias de intervención para controlar o disminuir el problema.

En el primer caso generalmente se exige un conocimiento lo más exacto posible de las cifras, una metodología de investigación sofisticada y costosa. Las soluciones que aporta son muy generales y no siempre ceñidas al rigor científico que se exige en el diagnóstico. En países como el nuestro conduce al inmovilismo y muchas veces a la frustración.

En el segundo caso más que cifras exactas se exigen tendencias (rangos de mortalidad) de variación a lo largo del tiempo, utilizando una misma metodología científicamente válida, de fácil aplicación y bajo costo. Permite dar respuestas más rápidas y realizar investigaciones operativas de intervención que permitan controlar el problema con medidas eficaces, socialmente aceptables y en lo posible con los recursos disponibles.

3. *Metodologías.*

a) Encuestas en la comunidad por muestreo.

—Tamaño muestral.

—Formulario de encuesta (est. paral. de natalidad).

Ventajas: Relativamente rápido, nos da una idea bastante aproximada de las cifras brutas reales y tasas.

Desventajas: Costoso, tecnología sofisticada, poca fiabilidad en cuanto a estructura de mortalidad.

b) Seguimiento longitudinal a nivel de comunidad.

—Estudio de toda la población a lo largo de un período de tiempo. (Visitas domiciliarias periódicas).

—Cuestionario apropiado.

Ventajas: Conocimiento real de las cifras brutas y tasas. Mayor aproximación que el anterior a la estructura de mortalidad y factores asociados.

Desventajas: Muy costoso, tecnología sofisticada, problemas de aceptabilidad y ética.

II. Estudio del Certificado de Defunción.

Puede ser retrospectivo y prospectivo.

Sería el método ideal si los certificados fueran bien llenados, si la población cubierta por los registros de defunción se aproximara al 100% y se conservarían los mismos.

—Requiere la verificación de todas las muertes de mujeres entre 12 - 49 años.

—Corroboración con estudio de historias clínicas hospitalarias, estudio de autopsias y si es posible con encuestas domiciliarias.

—Requiere también un estudio de los registros de defunción en los municipios, ya que entre el 30 a 50% de C.D. se pierden (estudios retrospectivos).

Ventajas: Relativamente poco costoso, tecnología simplificada, buena aproximación a la estructura de mortalidad. Útil para el seguimiento y vigilancia (prosp.).

Desventajas: Subregistro, costos.

III. Estudio de la Mortalidad Intrahospitalaria

Útil en zonas urbanas, urbano marginales y ciudades con buena accesibilidad a los hospitales (económica, geográfica, cultural). Puede ser retrospectivo y prospectivo.

—Si no se tienen buenos registros, requiere un estudio de las historias clínicas, partes de autopsias, etc., de todas las muertes de mujeres entre 12 - 49 años.

—Una vez que se tienen registros adecuados y de buena calidad en el llenado, basta con un seguimiento periódico de los mismos. Requiere Registro de nacimientos.

Ventajas: De relativamente fácil ejecución, tecnología simplificada, bajo costo si forma parte de un sistema de vigilancia a nivel de cada hospital y hay buena comunicación entre hospitales cercanos. Permite hacer correcciones inmediatas del problema.

Desventajas: Sub-registro, no aplicable en todas las zonas (donde no hay hospitales o baja accesibilidad).

4. Datos a recolectar.

a) Identificación: Nombre, dirección (procedencia), edad, estado civil.

b) Datos socio-económicos: Instrucción, ocupación, incluyendo la del cónyuge, datos de vivienda.

c) Defunción: Fecha fallecimiento, lugar, etapa de ocurrencia (embarazo, parto, puerperio), trimestre de ocurrencia, causa del fallecimiento, hubo autopsia.

d) Antecedentes obstétricos: (Abortos, partos, cesáreas, gesta, hijos muertos men. 1 año, fecha parto anterior.

e) Datos del embarazo actual: FURN, EG, CPN (Nº Cont.) persona que hizo cont. (prof. no prof.), patología encontrada.

f) Resultado: Aborto (espont., prov.), parto (normal, distócico, cesárea, RN (vivo, muerto), nivel de atención (hosp., domic., etc.), personal de atención (prof., no prof.) puerperio (días post-parto o post-aborto).

5. Atención por niveles:

Actividad	Com.	P.S.	C.S.	H. Loc.	H. Esp.
Control Emb. N.	+	+	+	+	
Atenc. Parto N.	+	+	+	+	
Prev. Emb. A.R.	+	+	+	+	
Control Emb. A.R.			+	+	+
Atención Parto R.				+ -	+

Estandarización de normas y procedimientos a todos los niveles. Sistema de referencia y contrareferencia.

ANÁLISIS DE PROBLEMAS Y RECOMENDACIONES EN RELACION A LA MORTALIDAD MATERNA

Dr. René Cervantes B.

El análisis de varias investigaciones de mortalidad materna entre las que se incluían 5 de la región de las Américas, identificó los problemas de atención materna que inciden en la mantención de niveles elevados de esta mortalidad. Estos problemas son:

a) Tratamiento médico deficiente de las complicaciones.

b) Falta de recursos materiales elementales (sangre, medicamentos, equipos) y de personal capacitado en las unidades de atención gineco-obstétrica).

c) Restricciones en el acceso de las embarazadas a los servicios de obstetricia (lejanía, ruralidad, incapacidad adquisitiva).

d) Falta de control prenatal (Problemas de accesibilidad geográfica, económica y cultural).

En 1986 un Comité de Expertos de la OMS, señaló los requisitos sobre los cuales se fundamenta la adecuada organización y el funcionamiento apropiado de los sistemas de servicios de salud materna, considerando un nivel mínimo aceptable. Estos requisitos son:

1. Que se dé cobertura a toda la población (control prenatal por personal capacitado).

2. Atención del parto por personal capacitado y atención del parto complicado en el establecimiento y por el personal adecuado.

3. Que las instalaciones de la atención materna sean accesibles para toda la población de embarazadas y que estén equipadas de manera eficiente para intervención rápida y eficiente.
4. Que se ofrezcan servicios de planificación familiar en todos los programas preventivos y curativos con carácter de componente esencial de la atención integral de la salud.
5. Que se cuente con administración eficiente del transporte para apoyar las unidades de atención primaria especialmente en las actividades de supervisión, abastecimiento y traslado urgente de gestantes, parturientas o puerperas en condiciones de emergencia.
6. Que se establezcan formas de participación de la comunidad, para que ésta tenga la necesaria confianza en las unidades de atención que le permita acudir a ellas.
7. Que las unidades de atención conduzcan registros bien organizados de nacimientos, defunciones maternas y perinatales de morbilidad materna y de aceptación (incidencia) y uso (prevalencia) de métodos anticonceptivos.

Bajo el concepto de "maternidad sin riesgos", Herz y Measham, así como otros Grupos de Estudio y Comités de expertos convocados por la OMS, formulan ciertos principios sobre los cuales conviene fundamentar los problemas de salud materna. Estos principios que incluyen el establecimiento de niveles de atención y la regionalización adecuada de los mismos son:

1. Énfasis en la prevención de los embarazos no deseados y de la morbilidad del embarazo (enfoque de riesgo).
2. Servicios de salud materna a nivel local, mediante unidades de atención primaria y a través de la interacción con otros sectores y con los organismos de la comunidad.
3. Tecnología apropiada.
4. Unificación de los servicios de salud materna y de planificación familiar.
5. Hogares maternos para gestantes de riesgo que habiten lejos de los centros de atención.
6. Disponibilidad de un sistema de alarma y de transporte.
7. Circulación de información entre los diversos niveles del sistema, incluyendo a la comunidad en ambos sentidos.
8. Organización y movilización de la comunidad en la lucha contra la mortalidad materna.

MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

En el plan de desarrollo del sector salud 1988, podemos verificar que en el Perú se esperan al año 700.000 nacimientos, de los cuales aproximadamente la mitad ocurren en establecimientos de salud quedando un remanente importante para ser atendidos en el domicilio sin los recursos necesarios para su seguridad.

Cuando se examinan las causas de mortalidad materna podrá comprobarse que el 85% de ellas obedecen a causas directas y que se resumen predominantemente en hemorragia, aborto, infección y cuadros hipertensivos del embarazo, la gran mayoría evitables.

Si ahora examinamos la causa de mortalidad infantil, habremos de comprobar que los niños en el Perú se mueren no de problemas complicados sino de simples entidades como la infección respiratoria aguda, la enfermedad diarreica aguda, trastornos perinatales, enfermedades inmunoprevenibles, a las que hay que agregar o mejor anteponer la desnutrición. Estas causas conducen a la pérdida anual de más de 60,000 niños menores de un año que si le sumamos la pérdida de niños entre uno y cuatro años obtenemos 88,000 vidas que se están perdiendo anualmente. Esta cifra constituye una dolorosa realidad, porque la muerte de los niños menores de cinco años representa casi la mitad de todas las muertes en el país en un año, lo cual nos invita a afirmar que los niños para llegar a ser el porvenir nacional, deben primeramente sobrevivir a los múltiples riesgos de morir prematuramente.

Las causas de mortalidad perinatal en el Perú están en relación a trastornos vinculados con la prematuridad y el retardo del crecimiento intrauterino (bajo peso), la hipoxia intrauterina y la asfisia al nacer, afecciones respiratorias e infecciones, muchas de ellas previsibles.

PLAN TRIENAL MULTISECTORIAL PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DEL NIÑO

Como consecuencia del análisis anterior, en mayo del presente año se promulga la ley 24805, la cual en su artículo primero expresa, *declárese de prioridad nacional la protección y la atención de la salud del niño y de necesidad pública y de interés social la realización de programas en beneficio de la niñez peruana, con la finalidad de reducir la mortalidad infantil en el país.*

Esta ley en su artículo segundo ordena promover la realización de un PLAN TRIENAL para reducir la tasa de mortalidad infantil en el país, en no menos de 15 puntos.

En estricta observancia de este mandato, el Ministerio de Salud presentó al país en julio de 1988 el mencionado PLAN TRIENAL, el que se propone una meta de evitar la muerte de 25.000 niños entre 1988 y 1990. Para ello dentro de su estrategia se fija cuatro líneas básicas: a) Concertación Nacional alrededor del niño; b) Coordinación y refuerzo del Sector Salud; c) Priorización de actividades específicas, y d) Movilización y participación del pueblo organizado.

Para efectos de la presente exposición, tomemos específicamente la línea de base c). La implementación de actividades requiere adoptar criterios de prioridad. Este Plan no trata de crear nuevas instancias

burocráticas, de formular nuevos programas, sólo busca reforzar los actuales para optimizar su rendimiento. Se prevé intervenciones principales en: Control de la infección respiratoria aguda, control de la enfermedad diarreica aguda, inmunizaciones, planificación familiar, vigilancia y promoción nutricional, comunicación social, capacitación técnica y ciertamente la atención materna y perinatal.

CONCEPTO DE SALUD PERINATAL

La conceptualización de perinatología surge como una idea integradora enfocada a defender el feto en el momento de máxima vulnerabilidad e integrar la familia y proteger al futuro de la humanidad.

La concepción de un nuevo ser, su crecimiento y desarrollo durante el periodo gestacional y los even-

tos que rodean su nacimiento son circunstancias determinantes que condicionan la integridad de sus potencialidades como ser humano. Asimismo, las condiciones maternas de salud o enfermedad, el ambiente familiar y social que circunscribe este proceso contribuyen en forma directa a la conservación, desarrollo o deterioro de dichas potencialidades.

La Perinatología es una ciencia amplia que abarca conocimientos básicos y clínicos, en el área de confluencia para todos los científicos interesados en el conocimiento del desarrollo fetal y en el ambiente del niño. Por ello, su estructura como una rama de la Medicina que se ocupa de los procesos fundamentales de la reproducción, crecimiento y desarrollo humano (intra y extrauterino) enlazando indisolublemente aspectos Gineco obstétricos, pediátricos y de salud pública entre sí.

PREMIO CONSTANTINO . J. CARVALLO

SOCIEDAD PERUANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA 88-89

CONVOCATORIA AL PREMIO "CONSTANTINO J. CARVALLO" 1988

SEGUNDA EDICION

Con el fin de incentivar la producción científica de la especialidad en el país, la Junta Directiva de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología estableció en 1986 el premio "Constantino J. Carvalho" el que se otorgará cada dos años.

En este concurso podrán participar los miembros de la sociedad, los de las filiales y en general cualquier Médico Gineco Obstetra registrado como tal en el Colegio Médico del Perú.

Que habiéndose cerrado el plazo de inscripción el 31 de enero del 89. Se presentaron 3 trabajos titulados:

Histerectomía Vaginal en Pacientes con Cirujía Pélvica Previa un Recurso Intraoperatorio.

Profilaxis Antibiótica en Césareas.

Embarazo Ectópico en Tingo María.

Reunido el jurado: Declara que los trabajos son meritorios de su publicación en la Revista, pero por no tener un aporte original en la actualización de la especialidad se declara desierto el premio: Constantino J. Carvalho 88.