

## Efectos de la implementación de una Casa de Espera Materna en la Micro red de Salud Pichanaki

Effects of the implementation of a maternity resting home in the Health Network Pichanaki

Dassine Jibaja-Calvo<sup>1,2</sup>, Pablo Best-Bandenay<sup>2</sup>, Luis Vera-Linares<sup>1</sup>, Michelle Lozada-Urbano<sup>3,4</sup>

### RESUMEN

**Objetivos:** Determinar los resultados de la Implementación de una casa de espera materna en la atención de partos institucionales en gestantes de alto riesgo obstétrico provenientes de la Microrred Pichanaki. **Métodos:** Investigación de tipo retrospectivo, descriptivo, de corte transversal. Se tienen dos grupos uno que participa de la Casa de espera materna, donde se pretende indagar los resultados de la implementación y un grupo sin Casa de espera materna. Los datos corresponden al periodo 2009-2010. Se trabajó con información de tipo secundario. Se aplicó un muestreo de tipo aleatorio, con afijación proporcional y un nivel de confianza del 95%. Siendo el tamaño de muestra de 58 historias, distribuidas así: Puesto de Salud Las Palmas (39) y Puesto de Salud Huantinini (19). **Resultados:** Las características de las madres que asisten al Casa de espera materna, tienen en promedio entre 16 y 35 años, su casa queda a más de cuatro horas de distancia, tiene un periodo intergenésico mayor a 18 meses, no tiene antecedentes de muerte perinatal, un 20% ha tenido abortos, el 60% ha tenido más de cuatro controles, un tercio de ellas tiene un peso normal y tienen anemia. De todas las variables usadas para describir a la población, la variable procedencia de las usuarias (tiempo en horas para alcanzar el Casa de espera materna, mostró un  $p < 0,05$ ; lo que nos indica que existe una diferencia significativa con el tiempo en horas para alcanzar el Casa de espera materna siendo mayor el tiempo en el grupo sin Casa de espera materna. Así mismo, la variable distribución de la paridad, mostró un  $p < 0,05$ , lo que nos indica que existe una diferencia de la distribución de paridad entre las gestantes del grupo con Casa de espera materna y sin Casa de espera materna, siendo mayor la paridad en el grupo con Casa de espera materna. Los partos fueron atendidos en su gran mayoría por obstetras (94,7% sin CEM y 82,1% con CEM). **Conclusiones:** No se ha encontrado ninguna relación entre ambos grupos con respecto a la identificación de complicaciones obstétricas de causa directa como: los antecedentes gineco-obstétricos, infecciones uterinas, enfermedades hipertensivas, alteración del trabajo de parto y otras complicaciones. Un alto porcentaje de las madres que pertenecen al Casa de espera materna, han tenido un parto eutócico. La probabilidad de tener un parto con riesgo es 6 veces más en el grupo que no asiste al Casa de espera materna. Más de la mitad ingresa con buen estado general y en su totalidad egresa satisfactoriamente.

**Palabras clave:** Casa de Espera Materna, gestante, parto, alto riesgo obstétrico, mortalidad materna.

### ABSTRACT

**Objectives:** The objective was to determine the results of the implementation of Maternity Resting Home (MRH) in hospital births in pregnant high-risk obstetrics (HRO) from the Health Network Pichanaki. **Methods:** Research retrospective, descriptive, cross-sectional. Have two groups one who participates in the MRH which aims to investigate the results of implementation and a group without MRH. Data refer to 2009-2010. We worked with secondary type information. Random sampling rate, proportional allocation and a confidence level of 95% was applied. As the sample size of 58 stories and distributed as two groups, Las Palmas (39) and Huantinini (19). **Results:** The characteristics of the mother who attends MRH has averaged between 16 and 35 years, your home is more than four hours away, has a greater than 18 months intergenetic period, no history of perinatal death, 20 % have had abortions, 60% had more than four controls, one third of them have a normal weight and have anemia. Of all the variables used to describe the population, the variable origin of users (time in hours to reach the MRH showed a  $p < 0.05$ , which indicates that there is a significant difference over time in hours to reach the MRH time being greater in the group without MRH. Also, the variable distribution of parity, showed  $p < 0.05$ , which indicates that there is a difference in the distribution of parity among pregnant with MRH group without MRH, being greater parity in the group with MRH. The deliveries were attended mostly by midwives (94.7% without MRH and 82.1% with MRH). **Conclusions:** Could not find any relationship between the two groups regarding the identification of obstetric complications direct cause as: the gynecological and obstetric history, uterine infections, hypertensive disease, abnormal labor and other complications. A high percentage of mothers who belong to MRH, have had a vaginal delivery. The probability of having a birth risk is 6 times in the group that did not attend the MRH. More than half admitted in good general condition, and fully graduated successfully

**Keywords:** Maternity waiting home, Pregnancy, Parturition, high risk obstetrics, Maternal mortality

<sup>1</sup> Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú

<sup>2</sup> Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú

<sup>3</sup> Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú

<sup>4</sup> Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. Huacho, Perú

## INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que con mayor claridad evidencia la inequidad y la exclusión social, así como la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales (United Nations, 1992).

En el Perú, la razón de mortalidad materna ha ido disminuyendo. El INEI, (2001), refiere 185 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, mientras que los informes del INEI (2011) e INEI (2014) indica 93 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos (UNPFA, 2014).

Reducir la mortalidad materna es una prioridad que se refleja en el hecho de que se haya incluido como una de las ocho metas de desarrollo del milenio. La mortalidad materna expresa las profundas desigualdades entre países, dentro de ellos, entre regiones, y las clases sociales. Y no solo nos enfrentamos a 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.

Al igual que otros países de América Latina y el Caribe, el desafío de Perú para mejorar la salud materna y neonatal se enfrenta a las disparidades debido a la etnicidad, la geografía y la extrema pobreza. Parte del desafío consiste en adaptar los servicios sanitarios actuales a las costumbres de las comunidades que en la actualidad no reciben la suficiente atención.

La intervención que ha mostrado ser eficaz para el logro de la reducción de la mortalidad materna es la asistencia del parto por personal calificado, esta necesidad surge al fracaso de una serie de estrategias como el adiestramiento de parteras tradicionales y el enfoque de riesgo perinatal. Contar con un personal entrenado con capacidad para prevenir, detectar y manejar las complicaciones obstétricas más graves, junto con el equipo, medicinas y otros suministros esenciales es el factor más importante en la prevención de la mortalidad materna, este personal calificado es aquel prestador de servicios de salud que tiene habilidades y conocimientos para la correcta atención del embarazo y parto (WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank, 2005).

Las Casas de Espera Materna (CEM) surgen como un servicio de hospedaje de bajo costo cogestionadas por la sociedad civil, orientada a facilitar el acceso de las gestantes a cuidados obstétricos esenciales reduciendo los riesgos derivados de la presentación inesperada de una complicación obstétrica en su hogar o un Establecimiento de Salud (EE.SS). Según el portal del Ministerio de salud (MINSA), se cuentan con 502 casas de espera materna a nivel nacional, (Ministerio de Salud, 2013).

En este trabajo se analizaron los efectos de la implementación de la CEM, identificando su relación con el incremento de la cobertura de partos institucionales, las complicaciones obstétricas y condiciones de parto de la gestante, para tal estudio se contó con datos provenientes de dos establecimientos de salud de nivel básico, uno de ellos dispone de una CEM y el otro no.

La importancia de ejecutar tal estudio es proporcionar información crítica y relevante sobre el desempeño de la CEM, a fin de evaluar su utilización y relación con la atención oportuna de gestantes en alto riesgo obstétrico, señalar alternativas complementarias para elevar el nivel de parto institucional y proponer recomendaciones para mejorar y ampliar la red de las CEMs. (Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud).

El enfoque actual para la reducción de la muerte materna considera el embarazo como un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones obstétricas, por lo tanto toda gestante debe tener una adecuada evaluación y seguimiento. Las causas más frecuentes de muerte materna son: hemorragia obstétrica enfermedad hipertensiva del embarazo, infecciones, aborto y alteraciones del trabajo de parto. La mayoría de las muertes maternas son prevenibles, para esto, es necesario un control materno-fetal adecuado y un parto institucional (Sánchez, 2012).

Las CEM, llamadas también "Mamawasi", se han construido sobre la base de los centros de salud y hospitales. La CEM está diseñada para parecerse a una típica casa indígena de un pueblo agrícola. A las futuras madres se les permite traer a miembros de la familia a las casas, lo que aumenta su confianza y su nivel de comodidad en el uso del servicio. La CEM,

que operan bajo la gestión de una organización comunitaria, son un centro alternativo que provee albergue, alimentación y actividades educativas a mujeres embarazadas originarias de comunidades rurales pobres y alejadas de los servicios de salud, tanto antes del parto como después del mismo. La atención alimentaria brindada a las madres gestantes, se coordinan con instituciones locales y organizaciones sociales de base y familiares de las gestantes; asimismo, el gobierno local, también puede asumir junto con la comunidad y las familias la responsabilidad de la alimentación de las beneficiarias, este último constituye el bastión del óptimo funcionamiento y sostenibilidad. Por ello, las CEMs se sitúan estratégicamente cerca de las unidades de salud, de modo que se facilite trasladar a las mujeres allí para que accedan a los servicios de parto institucional y de cuidado del puerperio y del recién nacido. El objetivo de las CEM es garantizar el alojamiento, la promoción básica de la salud y referencia a las mujeres embarazadas procedentes de las comunidades de difícil acceso a los servicios de salud admitidas como ARO para la atención institucional del parto en las unidades de mayor complejidad del MINSA.

La hipótesis que planteamos fue: la atención de las casas de espera materna que prestan a las mujeres gestantes disminuye la mortalidad materna y perinatal (MMP).

El objetivo fue determinar los resultados de la Implementación de una casa de espera materna en la atención de partos institucionales

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{Siendo:}$$

Dónde:

n = Es el tamaño de la muestra.

N= Es el tamaño de la población

$Z^{\alpha/2}$  = Nivel de Confianza

p = Probabilidad del parámetro a evaluar (Considerando la Varianza Máxima con el fin de tener una muestra más precisa)

d = Error que se prevé cometer.

Para nuestra investigación tenemos que:

N =262 historias clínicas

$Z^{\alpha/2}$  = 1,96 considerando un nivel de confianza del 95%

$p^{\alpha/2}$  = 0,0

d = 0,05

en gestantes de alto riesgo obstétrico provenientes de la Microrred Pichanaki

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño de estudio

Investigación de tipo retrospectivo, descriptivo, de corte transversal. En este estudio se tiene un grupo que participa de la CEM donde se pretende indagar los resultados de la implementación y un grupo sin CEM -sin implementación de una casa de espera- en la Microrred de salud del Distrito de Pichanaki. Los datos corresponden al periodo 2009-2010. Se trabajará con información de tipo secundario.

### Población y muestra

La Población está constituida por Historias clínicas y Hojas del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) de los partos institucionales de gestantes (262) con alto riesgo obstétrico (ARO) que provienen del Puesto de salud (P.S) Las Palmas (176) y P.S Huantinini (86) entre Julio del 2009 a Septiembre del 2010, de la Microrred de salud de Pichanaki.

Cálculo del tamaño de la muestra: Para el cálculo del tamaño muestral relacionada a las historias clínicas de la población en estudio, se utilizó la técnica estadística que corresponde a la fórmula que utiliza la varianza máxima de proporciones, y que nos permitirá obtener estimaciones con una confianza del 95% y con un error máximo permisible deseado, cuya fórmula es la siguiente:

$$n_0 = \frac{N * z_{\alpha/2}^2 * p(1-p)}{d^2 * (N-1) + z_{\alpha/2}^2 * p(1-p)}$$

Reemplazando en la fórmula, tenemos:

$$n_0 = \frac{262 * 1,96^2 * 0,5 * (1-0,5)}{0,05^2 * (262-1) + 1,96^2 * 0,5 * (1-0,5)} = 75$$

Como  $N < n_0$  ( $n_0 - 1$ ), entonces calculamos  $n$  de la siguiente manera:

$$n = \frac{75}{1 + \frac{75}{262}} = 58$$

La muestra se obtuvo mediante el muestreo de tipo aleatorio, con afijación proporcional y un nivel de confianza del 95%. Siendo el tamaño de muestra para la presente investigación de 58 historias, distribuidas así: P.S Las Palmas (39) y P.S Huantinini (19).

Se elaboró una ficha para recolectar la información del control prenatal de las historias clínicas y hojas CLAP seleccionadas para la muestra, las que fueron diligenciadas por el personal técnico de la Microrred de Salud de Pichanaki, la misma que incluyó tres componentes de variables agrupadas: datos socio-demográficos y biológicos (edad, talla y procedencia), datos Gineco- obstétricos y condiciones de parto, (estado de salud al ingreso y egreso de las gestantes en ARO referidas a la Microrred, medido en términos de bueno, regular y mal estado general de salud, así mismo la evaluación de la severidad de las complicaciones obstétricas de causa directa de las pacientes), datos de las gestantes de los registros de atención prenatal complementarias (hoja CLAP), y de las características de los partos institucionales.

Se hizo uso del análisis bivariado para presentar información referente a variables que tienen cierta relación. Se utilizaron las tablas de contingencia para identificar el tipo y el grado de complicaciones obstétricas de causa directa: antecedentes ginecoobstétricos, hemorragias obstétricas, infecciones uterinas, enfermedades hipertensivas del embarazo, alteraciones en el trabajo de parto; y la probabilidad de tener un parto con riesgo obstétrico en gestantes en la atención de partos institucionales en el grupo con CEM y sin CEM, se tendrá en cuenta las siguientes variables: Edad, talla, procedencia en horas al EESS, paridad, peso, periodo intergenésico, antecedentes de muerte perinatal - infantil,

antecedentes patológicos personales, antecedentes Gineco-obstétricos, tiempo de embarazo, número de controles prenatales (CPN), ganancia de peso promedio durante la gestación, estado nutricional, personal que atendió el parto, estado de salud al ingreso y egreso, diagnóstico de salud al ingreso y egreso; los cuales calcularemos a través de indicadores (Olivera, Castelo y Cáceres, 2003).

Para identificar las complicaciones obstétricas de causa directa en las gestantes transferidas de la casa de espera materna, se observarán las siguientes variables para cada madre: Hemorragias obstétricas, infecciones uterinas y enfermedades hipertensivas del embarazo las mismas que también serán calculadas a través del uso de indicadores.

El presente estudio puede ser catalogado exento de supervisión parcial o completa, al no trabajar directamente con pacientes. Se solicitó autorizaciones correspondientes al área operativa y a la Dirección General de la Microrred, de donde se obtuvo las historias correspondientes para el desarrollo del estudio.

## RESULTADOS

Según los resultados obtenidos del análisis de la base de datos generada de las historias clínicas, en la Tabla 1, se observa que tanto para los grupos con CEM y sin CEM, existe mayor porcentaje de madres entre las edades de 16 a 35 años. El porcentaje para quienes viven a más de 4 horas para alcanzar el CEM, es mayor para el grupo sin CEM. En cuanto a la distribución de paridad, las múltiparas son un 63,2% para el grupo con CEM. El 39% de madres tiene un periodo intergenésico mayor a 18 meses para el grupo con CEM.

De todas las variables usadas para describir a la población, la variable procedencia de las usuarias (tiempo en horas para alcanzar el CEM, mostró un  $p < 0.05$ ; lo que nos indica que existe una diferencia significativa con el tiempo en horas para alcanzar el CEM siendo mayor el tiempo en el grupo sin CEM.

Así mismo, la variable distribución de la paridad, mostró un  $p < 0.05$ , lo que nos indica que existe una diferencia de la distribución de paridad entre las gestantes del grupo con CEM y sin CEM, siendo mayor la paridad en el grupo con CEM.

**Tabla 1.** Características de las pacientes que participan en el estudio casas de espera materna CEM.

	Con CEM (n=39) %	Sin CEM (n=19) %	Prueba Chi Cuadrado	Valor P
<b>Distribución de la edad</b>				
Menores de 16a	10,5	10,0	0,458	0,795
De 16 a 35a	84,2	80,0		
Mayores de 35a	5,3	10,0		
<b>Distribución de la talla</b>				
Menor de 146cm	50,0	40,0	0,527	0,468
Mayor de 146cm	50,0	60,0		
<b>Procedencia de las usuarias (tiempo en horas para alcanzar el CEM)</b>				
Menos de 1h	39,5	5,0	15,45	0,001
De 1 a 2h	13,2	-		
De 3 a 4h	10,5	5,0		
Mayor de 4h	36,8	90,0		
<b>Distribución de la Paridad</b>				
Primipara	26,3	45,0	8,09	0,017
Multipara	63,2	25,0		
Gran multipara	10,5	30,0		
<b>Distribución del peso</b>				
Hasta 49	44,7	55,0	2,95	0,399
50 a 59	44,7	35,0		
60 a 69	10,6	5,0		
De 70 a más	-	5,0		
<b>Periodo Intergenésico</b>				
Menor de 18cm	34,2	30,0	2,263	0,322
Mayor de 18cm	39,5	25,0		
No aplica	26,3	45,0		

El 66,7% de las gestantes del grupo con CEM no tienen antecedentes de muerte perinatal-infantil y solo el 5,1% cuenta con antecedentes; mientras que en el grupo sin CEM el 8% de las gestantes no tiene antecedentes de muerte perinatal-infantil y el 15,8% si cuenta con antecedentes.

El 41% de las gestantes del grupo con CEM no tienen antecedentes gineco obstétricos, seguido de un 20,5% de gestantes que han tenido abortos. En el grupo sin CEM, el 36,8% no tiene antecedentes gineco-obstétricos, seguido de un 15,8% de gestantes que han tenido abortos.

El tiempo de embarazo fue de 37 a 42 semanas para el 92,3% de las gestantes del grupo con CEM, en contraste con el grupo sin CEM que fue del 100%. El 73,3% de las gestantes del

grupo sin CEM realizó más de 4 controles prenatales, mientras que en el grupo con CEM solo fue del 61,5% de gestantes.

El 92,3% de las gestantes del grupo con CEM tuvieron un peso promedio durante la gestación considerado como "normal", mientras que en el grupo sin CEM las gestantes con peso promedio normal durante la gestación fue del 89,5%. El 10,6% de las gestantes del grupo sin CEM tuvieron sobrepeso u obesidad durante la gestación, en contraste con el grupo con CEM que tuvo un 7,7% de gestantes con sobrepeso u obesidad.

En relación con la anemia, el 35,9% de gestantes del grupo con CEM tuvieron un Hb  $< 10$ , mientras que en el grupo sin CEM fue del 42,1% quienes tienen un Hb  $< 10$ .

Los partos fueron atendidos en su gran mayoría por Obstetras (94,7% sin CEM y 82,1% con CEM).

En relación al estado de salud de las gestantes al ingreso del establecimiento, el 59% del grupo con CEM fue diagnosticado con aparente buen estado general, mientras que en el grupo sin CEM solo fue del 47,4%. Con respecto al diagnóstico de salud al ingreso, se encontró que el 53,8% de gestantes del grupo con CEM tuvo fase latente, seguido de un 30,8% que tuvo fase activa, mientras que en el grupo sin CEM, el 57,9% tuvo fase latente y el 21,1% fase activa. Con respecto a los datos de la altura uterina (AU) al final del embarazo expresado en centímetros, se encontró que el 76,9% de gestantes del grupo con CEM tuvo un feto que se desarrolló entre 30 a 35 cm., seguido de un 12,8% que tuvo un desarrollo menor de 30 cm,

mientras que en el grupo sin CEM, el 84,2% tuvo un feto que se desarrolló entre 30 a 35 cm. y el 10,5% tuvo un desarrollo menor de 30 cm.

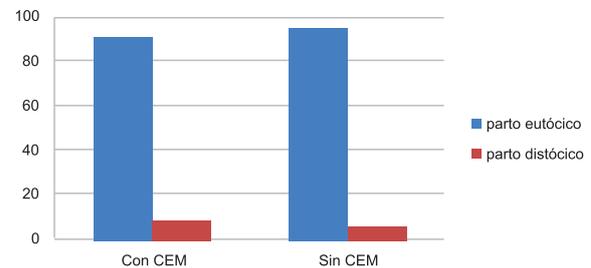


Figura 1. Total de gestantes de ambos grupos, son y sin CEM

En la Figura 1 se muestra el total de las gestantes de ambos grupos, todas tuvieron un aparente buen estado general de salud al egresar del establecimiento de salud.

Tabla 2. Tipo y el grado de riesgo obstétrico en gestantes en la atención de partos institucionales en el grupo con CEM y sin CEM

Variables	Con CEM (n=39) %	Sin CEM (n=19) %	Prueba Chi Cuadrado	Valor P
<b>Antecedentes de muerte perinatal - infantil</b>				
con antecedentes	2(5,11)	3(15,8)	1,553	0,46
sin antecedentes	26(66,7)	8(42,1)		
No aplica	11(28,6)	8(42,1)		
<b>Antecedentes Gineco-obstétricos</b>				
Abortos	8(20,5)	3(15,8)	2,64	0,45
Otros	3(7,7)	-		
Ninguno	16(41)	7(36,8)		
No aplica	12(30,8)	9(47,4)		
<b>Tiempo de embarazo</b>				
Menor de 37 Ss	3(7,7)	-	1,541	0,214
De 37 a 42 Ss	36(92,3)	19(100)		
Mayor de 42 Ss	-	-		
<b>Número de Controles Prenatales</b>				
Menor de 4	11(28,2)	2(10,5)	2,393	0,302
Mayor de 4	24(61,5)	14(73,7)		
CPN completos	4(10,3)	3(15,8)		
<b>Peso promedio durante la gestación, estado nutricional</b>				
Bajo				
Normal	36(92,3)	17(89,5)	0,282	0,869
Sobrepeso	2(5,1)	1(5,3)		
Obesidad	1(2,6)	1(5,3)		
<b>Anemia</b>				
Hb<10	14(35,9)	8(42,1)	0,645	0,724
Hb>10	24(61,5)	11(57,9)		
Non consignado	1(2,6)	-		
<b>Personal que atendió el parto</b>				
Médico	6(15,4)	1(5,3)	1,303	0,254
Obstetra	32(82,1)	18(94,7)		
Perdidos	1(2,6)	-		
<b>Estado de salud al ingreso</b>				
ABEG	23(59)	9(47,4)	1,394	0,498
AREG	1(2,6)	-		
AMEG	-	-		
No consignado	15(38,5)	10(52,6)		

<b>Diagnóstico de salud al ingreso</b>				
No trabajo de parto	2(5,1)	-	3,826	0,43
Prodromos	3(7,7)	4(21,1)		
Fase latente	21(53,8)	11(57,9)		
Fase activa	21(30,8)	4(21,1)		
Otros	1(2,6)	-		
<b>AU final</b>				
< a 30cm	5(12,8)	2(10,5)		
de 30 a 35cm	30(76,9)	16(84,2)		
> a 35cm	3(7,7)	1(5,3)		
No aplica	1(2,6)	-		
<b>Estado general al egreso</b>				
ABEG	39(100)	19(100)		
AREG	-	-		
AMEG	-	-		
No consignado	-	-		
<b>Diagnóstico de Egreso</b>				
Parto Eutósico	35(89,7)	18(94,7)	0,631	0,729
Parto Distósico	3(7,7)	1(5,3)		
Otras complicaciones	1(2,6)	-		

No se ha encontrado ninguna relación entre ambos grupos con respecto a la identificación de complicaciones obstétricas de causa directa como: los antecedentes gineco-obstétricos, infecciones uterinas, enfermedades hipertensivas, alteración del trabajo de parto y otras complicaciones.

**Tabla 3.** Identificación de complicaciones obstétricas de causa directa en gestantes transferidas de la casa de espera materna.

Variables	Con CEM (n=39) %	Sin CEM (n=19) %	Prueba Chi Cuadrado	Valor P
<b>Antecedentes Gineco-obstétricos</b>				
Menor de 750ml	1(2,56)	0	0,496 <sup>a</sup>	0,48
No aplica	38(97,44)	19(100)		
<b>Infecciones uterinas</b>				
No complicada	6(15,38)	3(15,79)	0,002 <sup>a</sup>	0,97
No aplica	33(84,6)	16(84,21)		
<b>Enfermedades hipertensivas</b>				
No aplica	0	0		
<b>Alteración del trabajo de parto</b>				
Trabajo de parto prolongado	1(2,56)	0	0,54	0,763
Incomp feto pélvica y estrechez pélvica	3(7,69)	0		
No aplica				
<b>Otras complicaciones</b>				
Desgarro perineal	2(5,12)	1(5,26)	0,133 <sup>a</sup>	0,94
Otros	3(7,69)	2(10,52)		
No aplica	34(87,18)	16(84,21)		

No se ha encontrado ninguna relación entre ambos grupos con CEM y sin CEM con respecto a las condiciones de riesgo de parto.

**Tabla 4.** Condiciones de riesgo y la influencia de la casa de espera materna (CEM).

Variables	Con CEM (n=39) %	Sin CEM (n=19) %	OR
<b>Condiciones de riesgo de parto</b>			
Si	13(33,33)	4(21,1)	0,21
No	25(64,1)	15(78,9)	3,97
No aplica	1(2,6)	0	

De la Tabla 4 se puede describir que hay 6 veces más probabilidad de tener un parto con riesgo en el grupo que no acude al CEM versus el grupo que si acude al CEM.

## DISCUSIÓN

Los casos sin CEM, son menores a los de intervención con CEM, en todos los casos atendidos como partos institucionales de gestantes de ARO en las Palmas y Huantinini en la Micro red de Salud Pichanaki 2009- 2010. Los casos que si presentan condiciones de riesgo, estuvieron en el grupo intervención con CEM.

Se ha encontrado información que evidencia que la atención prenatal institucional tendría utilidad para la ocurrencia de partos seguros. Tal es el estudio de la India (Bloom, 1999), ha revelado que, aquellas mujeres con un elevado nivel de atención prenatal tuvieron casi cuatro veces más posibilidades de ser asistidas durante el parto por personal competente (OR = 3,97, IC 95% = 1,9; 8,10), condición indispensable para recibir cuidados obstétricos esenciales en caso de requerirse. En este estudio se describe que hay seis veces más probabilidad de tener un parto con riesgo en el grupo que no acude al CEM versus el grupo que sí acude al CEM. La importancia de asistir a las Casas de Espera Maternas CEM es que incrementan el acceso a los servicios de salud ya que fueron diseñadas para enfrentar la inaccesibilidad geográfica de las mujeres embarazadas a los servicios de salud. En el estudio realizado por (Olivera, 2003) incluyo un grupo de gestantes inducidas a atención de parto institucional a través de una estrategia de salud, logrando la disminución de la mortalidad materna y perinatal.

Del mismo modo, un análisis de ENDES mostró que el riesgo de muerte materna era 9,82 (8,75 – 11,02) veces mayor en ausencia de atención

prenatal. Aparentemente, el mecanismo explicativo es el mismo observado en la india. Más allá del valor predictivo de la atención prenatal, esta juega un papel importante en lograr que las gestantes elijan el parto institucional y, de esta manera, adquieran mayor protección en caso de aparecer complicaciones eventualmente mortales. El riesgo de parto domiciliario en ausencia de atención prenatal es de 8,88 (8,75 – 9,03) veces mayor, para este mismo estudio.

La creación de las casas de espera ha contribuido al incremento de los partos en las zonas rurales con asistencia de personal de salud capacitado (Cornale, 2009). Los partos con asistencia en el año 2000 eran solo del 20%, cifra que subió al 48% en el 2007 (UNICEF, 2009).

La fuerte asociación positiva obtenida entre la asistencia al CEM de mujeres de ARO, el nivel de la atención obtenida durante el embarazo y el uso de la atención del parto seguro ayuda a explicar por qué el cuidado prenatal y durante el parto también podría estar asociado con una mortalidad materna reducida. Se recomienda continuar con la evaluación de las CEM para tener mayor información científica.

El 90% de las madres que pertenecen al CEM, han tenido un parto eutócico.

El pertenecer a un CEM da la probabilidad de tener un parto seis veces con menos riesgo, en comparación al grupo que no asiste al CEM y, en su totalidad egresa satisfactoriamente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cornale G. (2009). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. United Nations Plaza Nueva York, NY 10017, EEUU, pp 1 5 8 O b t e n i d o e n : <http://ecodiario.eleconomista.es/salud/n>

oticias/1063990/02/09/Peru-redujo-la-mortalidad-materna-a-casi-la-mitad-en-40-anos.html#.Kku8tugHv7DNagb

/2014/Jun2014/Ficha-Mortalidad-Materna.pdf

Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. (sf). Guía de Implementación de Casas de Espera Materna con gestión comunal. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/implementacion.pdf>

UNICEF. (2009). El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) presentó en el Perú el Informe “Estado Mundial de la Infancia 2009”. United Nations Plaza Nueva York, NY 10017, EEUU.

Olivera, R., Castelo, JM. & Cáceres, M. (2003). Hacia una maternidad rural segura. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. *SITUA*, 12 (22), 11-15. ISSN versión electrónica 1609-726.

United Nations (1992). Department of Economics and Social Development, Population Division. World Population. New York: United Nations

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2001). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima: INEI.

WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. (2005). Maternal mortality in 2005 : estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. 2007, p 48.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI). (2011). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010. Lima: INEI. [http://www.sis.gob.pe/portal/publicaciones/ExposicionENDES2011\\_20120523.pdf](http://www.sis.gob.pe/portal/publicaciones/ExposicionENDES2011_20120523.pdf)

Sánchez M. (2012). *Recomendaciones generales para mejorar la calidad en la atención obstétrica*. Comisión Nacional de arbitraje Médico. México DF.: Progreso. p 62. [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/recom\\_obstetricia\\_web.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/recom_obstetricia_web.pdf)

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2014). Encuesta Demográfica de Salud Familiar ENDES 2013. Lima: INEI. [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1151/index.html](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/index.html).

**Correo electrónico:** [dassine@yahoo.es](mailto:dassine@yahoo.es)  
Revisado por pares:  
Recibido: 16-03-2015  
Aprobado: 20-06-2015

Ministerio de Salud. (2013). Semana de la maternidad Saludable y Segura. Avances y Logros en la salud Materna. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/maternidad/presentacion.html>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2014). Reducción de la Mortalidad materna en el Perú. <http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales>