



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1997; 43 (3) : 209-215

Mortalidad materna 1958-1996. Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo, Rebagliati Martins - 38 años

JOSE PACHECO, ANDRÉS FARRO, GILLERMO ELIAS

Resumen

OBJETIVO: Examinar la tendencia de la mortalidad materna ocurrida en un Hospital Nacional del Instituto Peruano de Seguridad Social. **DISEÑO:** Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo de las muertes maternas registradas en los archivos del Hospital. **SUJETO:** 202 mujeres que fallecieron durante la gestación, el parto o el puerperio. **LUGAR:** Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, IPSS. **RESULTADOS:** La muerte obstétrica directa representó el 73,3% (148 casos), incluyendo 26,2% (53 casos) por hipertensión inducida por la gestación, 24,8% (50 casos) por infecciones, 14,9% (30 casos) por hemorragias y 7,4% (15 casos) por otras causas obstétricas directas. La obstétrica indirecta fue 26,2% (53 casos) y la no relacionada 0,5% (1 caso). La tasa de mortalidad materna fue 40,3/100 000 nv. **CONCLUSION:** Se hace énfasis en la importancia del estudio de las muertes maternas, la mayoría de ellas prevenibles, de manera de contribuir a la disminución de las mismas. Así mismo, se hace mención de los problemas institucionales que repercuten en las tasas de mortalidad materna en los niveles registrados.

Palabras claves: Mortalidad materna , hipertensión inducida por el embarazo, infecciones, hemorragias.

Summary

To examine the tendency of maternal mortality at one National Hospital of the Social Security Peruvian Institute. **DESIGN:** Epidemiologic descriptive retrospective study of maternal deaths registered at our Hospital. **SUBJECTS:** 202 women that died during Pregnancy, delivery or postpartum, **LOCATION:** Department of Obstetrics and gynecology of Edgardo Rebagliati Martins National Hospital, SSPI. **RESULTS:** Direct obstetrical deaths represented 73,3% (1 48 cases), including 26,2% (53 cases) of pregnancy induced hypertension, 24,8% (50 cases) of infections, 14,9% (30 cases) of hemorrhage and 7,4% (15 cases) of other direct obstetrical causes. Indirect maternal death causes were 26,2% (53 cases) and non related 0,5% (1 case). Maternal mortality rate was 40,3/100000 l.n.b. **CONCLUSIONS:** Emphasis is placed on the importance of the study of maternal deaths, most of them preventable, so as to contribute to their reduction. We also mention institutional problems that repercute in maternal mortality rates.

Key words: Maternal mortality, pregnancy induced hypertension, infections, hemorrhage.

Introducción

La medicina ha hecho grandes progresos en las últimas décadas, con métodos asombrosos para la detección y manejo de enfermedades, además del perfeccionamiento de medidas para prevenir la enfermedad. Son efectos de este progreso que el hombre viva un promedio de 80 años en los países desarrollados, pues las tasas de mortalidad han disminuido, en relación con las tasas de nacimiento.

En América Latina y, particularmente, en nuestro país, estos avances son menos notorios, a no ser para ciertos grupos poblacionales atendidos por una consulta privada mejor equipada hospitalariamente. Creemos que, sin embargo, en relación a mortalidad materna y perinatal, no es sólo el equipamiento lo que preservará la salud y salvará vidas, sino que la prevención y el interés juegan roles mayores en la finalización grata de un embarazo.



Las cifras de mortalidad materna y perinatal en el Perú parecen no haber variado en la última década. No existen cifras exactas, y las que el Ministerio de Salud ofrece son estimadas, aunque resultado de encuestas importantes, como la de las hermanas en el último estudio de ENDES 96. Y las cifras de mortalidad perinatal de 30 muertes perinatales por 1000 nv. son las que, como Red Peruana de Perinatología, estimáramos al inicio de la presente década, pudiendo habernos quedado cortos, como lo objetivan resultados con el Sistema Informático Perinatal de los hospitales nacionales que lo están aplicando.

Ha sido nuestro interés permanente conocer cómo han fluctuado las cifras de mortalidad materna en nuestro hospital, habiendo sido un trabajo de interés el que presentáramos en 1989, la revisión de 25 años de mortalidad materna en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), cuya tasa era entonces 40,8 por 100 000 nv.¹⁷

Interesados en conocer cómo ha fluctuado dicha cifra en los últimos 13 años es que, hemos realizado la presente revisión y que la ponemos a consideración del lector.

Material y métodos

El presente es un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo de las muertes maternas registradas en los archivos del Hospital. Se encontró que 202 mujeres atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) IPSS fallecieron durante la gestación, el parto o el puerperio.

Se revisó meticulosamente las historias clínicas de las pacientes fallecidas, notándose que alrededor de 13% de las historias 110 fueron halladas. En estos casos, los datos fueron obtenidos de los registros de emergencia, de sala de partos, de hospitalización y del registro de defunciones. Se estudió las causas, para lo que se utilizó la clasificación internacional de causas directas, indirectas y no relacionadas. Solo 15% de mujeres tuvo necropsia

Resultados

En la Tabla I observamos que hubo 202 muertes maternas entre 1958 ?año de la fundación del HNERM -hasta diciembre de 1996, es decir 38 años. Durante el mismo lapso hubo 501629 recién nacidos vivos, con lo que se obtiene una tasa de 40,3/100000 nv.

Las causas de muerte materna fueron 148 directas (73,3%), 53 indirectas (26,2%) y 1 (10,5%) no relacionadas (Tabla 2).

La hipertensión inducida por el embarazo se ha convertido en la primera causa directa de muerte materna en nuestro hospital, con 53 casos (26,2%) seguida de las infecciones en 50 casos (24,8%), incluye el aborto) y la hemorragia en 30 casos (14,9%). Tabla 3.

Total de casos	202
Total de nacidos vivos	501 629
Tasa de mortalidad materna	40,3/100000 nv

Causa	Casos	Porcentaje
Directa	148	73,3
Indirecta	53	26,2
No relacionada	1	0,5
Total	202	100,0

En la misma Tabla 3, al disgregar las muertes por hipertensión, encontramos que 79% de ellas (42 casos) fueron por eclampsia y el resto por preeclampsia severa. Conocemos que entre estas muertes por hipertensión hemos tenido casos de síndrome HELLP, pero no fueron registradas con dicho diagnóstico.

Entre las infecciones, el aborto séptico sigue ocupando el primer lugar, con 21 de los 50 casos (42%) y que representa el 10% del total de las muertes maternas, seguida cercanamente de la endometritis puerperal, 30%, y la corioamnionitis, con 22%.



Tabla 3. Causas de mortalidad materna directa			
Causas		n	%
Hipertensión inducida embarazo		53	26,2
Eclampsia	42		
Eclampsia severa	10		
Hipertensión crónica + HIE	1		
Infecciones		50	24,8
Aborto séptico	21		
Endometritis puerperal	15		
Corioamnionitis	11		
Pelvipерitonitis	3		
Hemorragia		30	14,9
Hemorragia puerperal	11		
Rotura uterina	8		
Hemorragia uterina	5		
Desprendimiento prem placenta	3		
Cesárea	2		
Choque	1		
Otras		15	7,4
Complicaciones anestésicas	6		
Embolia de líquido amniótico	6		
Enfermedad del trofoblasto	2		
Hiperemesis gravídica	1		
Total		148	73,3

Entre las hemorragias, la hemorragia puerperal provocó 11 de las 30 muertes (37%) y la rotura uterina 8 (27%). El desprendimiento de la placenta causó la muerte de gestantes y no hubo muerte por placenta previa.

Entre otras causas directas de muerte materna, destacan la muerte por complicaciones anestésicas y la embolia de líquido amniótico, con 6 casos cada uno.

La muerte materna indirecta es aquella en la que el embarazo, parto o puerperio agravan una enfermedad intercurrente. En nuestra revisión, y como se observa en la Tabla 4, fueron entidades importantes en este rubro la embolia pulmonar, la neumonitis aguda, los problemas cardiovasculares, la necrosis hepática y el proceso infeccioso generalizado.

Las muertes maternas no relacionadas no tienen relación con el embarazo, parto o puerperio. En nuestra revisión, hubo un caso de muerte por intoxicación por forinol (0,5%).

Tabla 4. Mortalidad materna indirecta		
Causa	n	%
Embolia pulmonar	7	3,5
Neumonitis aguda	6	2,9
Cardiovascular	6	2,9
Necrosis hepática	5	2,5
Proceso infeccioso generalizado	5	2,5
Tuberculosis pulmonar	2	1,0
Pielonefritis	2	1,0
Pancreatitis aguda	2	1,0
Choque anafiláctico	2	1,0
Leucemia	2	1,0
Otras*	14	6,9
Total	53	26,2

* 1 caso de cada uno: heorragia cerebral, ruptura de aneurisma de aorta, quiste ovárico roto, asma, diabetes, insuficiencia renal aguda, insuficiencia hepatorenal, meningoccefalitis, absceso hepático, hidropiocoléctico, absceso perirrenal, adenocarcinoma del hígado, tratamiento con metotrexato, neumoperitoneo (laparoscopia).



Causa	n	%
Intoxicación por formol	1	0,5

Edad	Casos	%
15-19	4	2,0
20-24	24	11,9
25-29	49	24,3
30-34	58	28,7
35-39	42	20,8
40 ó más	19	9,4
No datos	6	2,9
Total	202	100,0

Gravidez	Casos	%
1	45	22,3
2-3	64	31,7
4-5	42	20,8
6-7	7	3,5
Más de 7	11	5,4
No datos	7	3,5
No historia clínica	26	12,9

En la Tabla 6 se ha distribuido a las pacientes por edad, estableciéndose que el 73% cursaba los 25 a 39 años y cerca del 10% tenía 40 años o más.

De las muertes maternas, 22% ocurrió en primigestas, 32% tenía 2 a 3 hijos y 30, 4 hijos o más. No se encontró los datos o la historia clínica en 33 casos (16,4%).

El motivo de ingreso al hospital de estas pacientes fue principalmente el trabajo de parto (20%) y la hipertensión arterial (19%), pero un 10% vino por aborto infectado.

Motivo de ingreso	n	%
Trabajo de parto	41	20,3
Hipertensión arterial	38	18,8
Aborto infectado	20	9,9
Endometritis puerperal	8	3,9
Fiebre	8	3,9
Abdomen agudo	7	3,5
Ictericia	6	2,9
Desprendimiento prematuro placenta	6	2,9
Rotura prematura de membranas	5	2,8
Varios	63	31,2
Total	202	100,0

Discusión y comentarios

La investigación realizada para examinar la mortalidad materna en el HNERM no es alentadora. En la revisión de 25 años, decíamos que la tasa de mortalidad materna se había estancado en 41 por 100 000 nv17. Entre 1958 y 1991 fue 39/100 00022. Desafortunadamente y hasta el momento, observamos que la misma tasa se mantiene en los últimos 23 años. Haremos un alcance de nuestros pensamientos sobre esta situación al final de la discusión.

No ha sido gran sorpresa conocer que la hipertensión inducida por el embarazo encabeza ahora las causas de muerte materna. Sabíamos por la experiencia de países vecinos y por la tendencia en nuestras cifras, así por lo que captábamos en las demás regiones del país⁷, que la hipertensión parece haber aumentado en su incidencia y, por tal, en sus consecuencias. Un estudio de Távora realizado para UNICEF³³ indica que la primera causa de



muerte materna en los hospitales del IPSS es actualmente la hipertensión inducida por el embarazo (HIE). Y hay estadísticas que están indicando que la HIE estuviera aumentando. Así, en el Hospital San Bartolomé la incidencia es más del 12%, similar al 12,7% del Hospital Almenara³⁴. Nosotros no hemos podido completar un estudio que precise la incidencia de la HIE en nuestro Hospital, pero la hemos calculado anteriormente en menos del 4%, y un cálculo actual es de 6%. Debemos hacer hincapié, también, que un estudio anterior nuestro sobre eclampsia en 35 años del HNERM, la incidencia de eclampsia era una de las más bajas del país y, sin embargo, una de las que ocasionó más muertes maternas¹⁶. Lo más grave fue conocer que sólo un 12% de las gestantes que luego convulsionaron mostró hipertensión durante su control prenatal. De paso, más del 80% de dichas gestantes había tenido un número de controles prenatales adecuados. Y sin embargo, la HIE se presentó inesperadamente y produjo graves consecuencias en la madre o su perinato. Por lo tanto, el departamento adoptó hace pocos años la actitud de considerar a toda gestante con presión arterial diastólica de 80 como gestante con HIE, de manera de hacer un manejo más adecuado y oportuno e impedir los resultados adversos. La experiencia nos dice que la población atendida en los consultorios externos del HNERM no fallecen. Las gestantes que lo hacen son aquellas transferidas tardíamente al hospital, ya convulsionando o con cuadros severos de preeclampsia y/o de retardo de crecimiento fetal intrauterino, sino de HELLP.

Nuestra sugerencia final a esta complicación del embarazo es el prestar mayor atención a la entidad conocida como HIE, que puede tener un origen inmunológico, y en el que prevalecen una alteración fisiológica y daño del endotelio, alteraciones de la coagulación y disminución del volumen plasmático, entre otros, asociados a insuficiencia placentaria y retardo de crecimiento intrauterino^{10,11,20,23,24}. Su detección temprana será beneficiosa para el binomio madre-niño. La experiencia adquirida por nosotros debería ser difundida a las clínicas que corresponden al HNERM y a nivel nacional.

De las infecciones, como causa de muerte materna, diremos que en el HNERM su prevalencia ha ido disminuyendo desde 44%, de 1979 a 1983¹³, a 25%, actualmente, siempre liderando el aborto séptico como causa entre las infecciones^{13-15,17,19,22}. Es conveniente indicar que la muerte por aborto está disminuyendo en el país, no porque haya disminuido la incidencia del aborto, mas bien, sigue aumentando, sino porque habría más cuidado en su realización y se estaría empleando fármacos para ocasionar la expulsión del producto de la concepción. A pesar de que estudios anteriores no han demostrado que la incidencia del aborto inducido sea elevada en las pacientes atendidas en el hospital, la muerte por aborto séptico tiene una presencia importante y debe obligarnos a tomar las medidas correspondientes, a través de campañas adecuadas y oferta de métodos de anticoncepción⁶. Su manejo en la emergencia debe ser precoz y decidida.

En el mismo rubro, las muertes por endometritis puerperales y las coriamnionitis pueden estar indicando que nuestro manejo de los procesos infecciosos, de las roturas prematuras de membranas y de la prematuridad no son las más adecuadas. Ello nos obliga a revisar los protocolos de atención obstétrica, el empleo racional de los antibióticos¹² y el manejo oportuno de la infección durante el embarazo, parto y puerperio²¹.

Las muertes por hemorragia puerperal y por rotura uterina son prevenibles. Su prevalencia actual también nos señala que se debe revisar la conducta que el ginecoobstetra del departamento debe tomar para afrontar este cuadro. Es posible que un manejo oportuno y más agresivo pueda salvar muchas vidas en el futuro²¹.

Al encontrar entre las muertes indirectas aquellas producidas por embolia pulmonar, nos recuerda que esta entidad puede estar ocurriendo con frecuencia en nuestras parturientas y, sin embargo, no la consideramos como probabilidad diagnóstica. La experiencia exitosa en el Hospital Centro Médico Naval, con tomografía al momento de la sospecha y el empleo terapéutico de heparina, nos puede orientar hacia un protocolo de trabajo³⁶.

Con respecto a la neumopatía aguda, el proceso, infeccioso generalizado y el shock anafiláctico, ¿no podrían haber sido estas muertes debidas a alteración de la respuesta inmune, disminuida por la gestación misma?

Con respecto a la edad y a la gravidez, llama la atención, y se asocia a lo registrado en la literatura, el 10% de muertes en mujeres de 40 años o más y de 30% en mujeres con 4 hijos a más. Si bien es cierto que la gestante que se atiende en el HNERM es mayor que en otros hospitales de salud, el que haya ocurrido en un 10% de mujeres de 40 años o, más es muy significativo. También, la mujer atendida en el HNERM tiene pocos hijos. Por eso, es importante observar que 30% de las mujeres que murieron tenían 4 hijos o más. Ello nos obliga a orientar a la mujer mayor y a la gran múltipara en conocer el riesgo reproductivo alto que ello significa^{19,37}.

En el motivo, de ingreso, si bien 21% vino en trabajo de parto, el 19% ya tenía hipertensión arterial y otro 7% manifestó la hipertensión durante la hospitalización. El examen de ingreso al hospital debe ser muy minucioso y preferentemente realizado por el médico de guardia, que tiene más experiencia en lo que significan las complicaciones maternas y las consecuencias que puedan derivar.



¿Qué es lo que ha causado que nuestras cifras de mortalidad materna no varíen, en alguna forma reflejando lo que acontece en el país?

Creemos que ha habido modificaciones en el tipo de atención y en el tipo de paciente atendida en las últimas dos décadas. El Hospital fue creado originalmente para atender a empleados y personas derechohabientes. Después de ser élite en infraestructura y equipamiento, el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HNERM no ha podido ser reequipada de acuerdo a los recientes rápidos adelantos que han ocurrido, entre otros, precisamente, en la Ginecoobstetricia.

El tipo de paciente ha variado en las últimas décadas. De empleocracia bien asalariada y, por lo tanto, adecuadamente nutrida, hemos visto, un gradual viraje a una gestante de clase media baja a baja, con anemia y aparente hipoproteinemia, que hizo que las cifras de mortalidad materna de la década pasada no mejoraran. Las recientes dificultades económicas y sociales ha obligado la migración de mujeres que antes se atendían en consultorios privados y hoy recurren a la atención en la seguridad Social, lo cual debería favorecer los resultados de salud materna.

Sin embargo, en la misma etapa, el Instituto Peruano de Seguridad Social ha iniciado, la atención por niveles, atención que idealmente sería beneficiosa para la distribución del trabajo, siempre que cada nivel fuera atendida por personal profesional adecuado y estuviera equipado de acuerdo a sus necesidades. La situación es diferente al momento de redactar la presente investigación. La atención por niveles no ha llegado a completar su organización, no cuenta con la infraestructura suficiente y no se cumple lo indicado en los manuales de procedimientos técnicos y atención por niveles, en los que hemos tenido oportuna intervención. Además, ciertos requisitos de presupuesto hace que los antes denominados Policlínicas y hoy llamados Clínicas no autoricen el traslado oportuno de pacientes, hasta no agotar sus probabilidades de atención, lo que, para la hipertensión inducida por el embarazo, infecciones y hemorragias no es lo, más adecuado, por lo imprevisible que puede ser el devenir de cada gestación complicada.

Creemos que estas situaciones en el HNERM son diferentes a los determinantes de mortalidad materna en el Perú encontrados en las evaluaciones de MINSA 1992 y 1995, INEI 1995 y OMS 19903, que fueron la falta de acceso de la población a la atención médica y la educación deficiente a la mujer. Tampoco nuestros hallazgos son congruentes con los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna hallados por Pinedo y col. en el Hospital María Auxiliadora²⁶, en los que resultaron riesgos relativos el estado civil soltera, falta de control prenatal, eclampsia, tuberculosis, infección puerperal, hemorragia del segundo trimestre, edad gestacional menor de 37 semanas, anemia, hemorragia puerperal, hemorragia del tercer trimestre, aborto séptico y patologías prevalentes del embarazo.

Estos aspectos no ocurren en las gestantes atendidas en el HNERM, quienes tienen mejor acceso, a la atención médica que en los hospitales del Estado, y su educación, por lo mismo de pertenecer a un nivel medio, bajo, es mejor. Tampoco son problemas mayores en el HNERM la soltería, la falta de control prenatal, la tuberculosis pulmonar, la hemorragia del segundo trimestre, la prematuridad o anemia.

Tampoco, creemos que las propuestas para reducir la mortalidad materna sugeridas por la OPS en 1988 y el plan de acción regional para la reducción de la muerte materna en las Américas³² necesariamente requieran su aplicación en el HNERM, ya que se trata de una población con mejor salud, educación y economía, y de una Institución con mejores recursos. De las propuestas del Plan, se podría aplicar en el HNERM la vigilancia epidemiológica de la muerte materna.

Institución o Región	Años	Tasa/100 000 nv	Referencia
Hospital Maternidad de Lima	1978-1985	93	(2)
	1991-1995	62,9	(35)
Hospital Regional de Ica		116	(9)
Hospital Regional de Arequipa		223	(9)
Hospital Regional del Cusco		386,6	(9)
Hospital María Auxiliadora	1986-1992	232	(31)
Hospital Cayetano Heredia	1985-1992	210,2	(4)
Hospital de Apoyo de Huacho	1987-1993	139	(25)
Hospitales de Trujillo	1980-1994	87,8	(1)
Región Chavín-Huaylas	1985-1995	262,3	(9)
Hospital El Carmen Huancayo	1985-1995	342,6	(28)
Amidei	1991	261	(9)
Hospital Nacional A. Loayza	1987-1995	103,1	(27)
Hospital San Bartolomé	1991-1996	36,2	(30)
Hospital María Auxiliadora	1988-1997	250,2	(5)
Hospital Nacional E. Rebagliati Martins	1958-1996	40,3	(Presente estudio)



En el plan de emergencia para la reducción de la mortalidad materna en el Perú⁸, el Ministerio de Salud supone cuatro objetivos específicos:

- Incrementar la cobertura, calidad y calidez de la atención materna y perinatal, priorizando la atención y referencia oportuna de las complicaciones.
- Desarrollar una cultura en pro de la salud materna.
- Desarrollar redes comunitarias para la atención del parto limpio y seguro, con referencia oportuna de los casos de riesgo alto.
- Desarrollar sistemas locales, autosostenibles de cuidado materno perinatal.

De estos objetivos, los dos primeros deben ser reforzados en el IPSS.

Por lo tanto, creemos que, una atención más humanizada y que respete la atención por niveles, dentro de la red hospitalaria del IPSS, mejorar la mortalidad materna en el HNERM. Debe predominar la referencia oportuna de todo caso de riesgo, desde mucho antes que se complique. Lo cual no impide la realización de la atención de la emergencia, pero evitando efectuar otras actividades médico quirúrgicas que profundicen aún más el mal estado de la mujer y obligue a referencias tardías. Son ejemplos de una transferencia temprana, la gestante con diastólica de 80 mmHg, el embarazo múltiple, la mujer con hemorragia de la segunda mitad del embarazo, la mujer con aborto incompleto y sospecha de maniobras abortivas. la adolescente temprana o la gestante añosa o la gran múltipara, el trabajo de parto prolongado, y, en general, toda paciente con riesgo. Riesgo que fácilmente puede ser deducido de la lectura de la historia clínica perinatal base (HCPB) o del carné perinatal (CP) y del partograma, documentos que son de utilización obligatoria en nuestra Institución.

Sugerimos que el IPSS reconsidere la importancia de la utilización, llenado u revisión permanente de la información obtenida a través de los datos digitados del Sistema Informático Perinatal, que ayudarán a evaluar como es la atención maternoperinatal en cada centro de atención de la red.

Será de suma importancia que tenga una importancia prevalente la conformación y actividad permanente de los Comités de Mortalidad Materna¹⁸, los que lideren también la capacitación del personal médico y profesional de salud, de manera que todos estemos alerta ante los casos de gestantes que vienen para ser atendidas en el Hospital. Es oportuno considerar a toda gestante como portadora de riesgo, hasta no demostrar lo contrario.

En la Tabla 9 se presenta una revisión de la experiencia nacional sobre mortalidad materna. En ella se puede establecer que la mortalidad materna del HNERM es la segunda más baja del país. Pero, el hecho que la tasa de mortalidad materna no haya variado en el HNERM por cerca de 25 años, debe ser motivo de reflexión y de una determinación de hacer ajustes y tomar las medidas convenientes para, paralelamente con los esfuerzos del país, reducir esa mortalidad en un tercio para el año 2000⁸.

Referencias bibliográficas

1. Alcántara R. Mortalidad materna en tres hospitales de Trujillo.
2. Arcos D, Suarez A, Zapata W, Arcos D, Arcos E. Mortalidad materna en el Hospital Maternidad de Lima (1978-1985). Tema libre presentado al XI Congreso Peruano y VII Jornada Bolivariana de Obstetricia y Ginecología, Lima, oct. 1993.
3. Caro W. Estimaciones de la mortalidad materna en el Perú. Trabajo libre presentado en el Congreso Extraordinario de Obstetricia y Ginecología, Lima, octubre, 1997.
4. Castro R. Mortalidad materna en el hospital Nacional Cayetano Heredia (1985-1992). Estudio caso control. Ginecol Obstet Perú 1995; 41.
5. Chumbe O, Molina N, Espinoza K, Pinedo A, Vega L, Orderigue I, Távara L Diez años de mortalidad materna en el hospital Malta Auxiliadora: Análisis por causas. Trabajo libre presentado al Congreso Extraordinario de Obstetricia y Ginecología, Lima, oct. 1997.
6. Huamán M, Pacheco J. Embarazo no deseado y aborto ilegal. Ginecol Obstet Perú; 1993; 15: 67.
7. Li J. Preeclampsia en el Hospital Regional del Amazonas. Iquitos 1991-1992. Tema Libre presentado en el XI Congreso Peruano y VII jornada Bolivariana de Obstetricia y Ginecología, Lima, oct. 1993.
8. Ministerio de Salud. Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1996-2000 Lima Perú, enero 1996, pág. 57.



9. Mosquent V, Cerna J, Aranda J, Villacaqui R y col. Mortalidad materna en el Callejón de Huaylas (1985-1995). Región Chavín. *Ginecol Obstet Perú* 1996; 42, N.º 1: 31-8.
10. Pacheco J, Ludmir A, Ramos D, Azpur R, Ibarra W. Toxemia del embarazo en el Hosp. Materno Infantil San Bartolomé. Trabajo libre presentado al VII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología y el Congreso Peruano de Reproducción, Chiclayo Perú, oct. 1981.
11. Palomino C, Palomino C, Huamán M, Tapia R, Geisinger E. Enfermedad hipertensiva del embarazo. Trabajo Libre presentado al VII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología y II Congreso Peruano de Reproducción. Chiclayo, Perú, oct. 1981.
12. Pacheco J, Geisinger F. Uso del metrodinazol en la endometritis puerperal. Trabajo Libre presentado al VII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología y II Congreso Peruano de Reproducción, Chiclayo Perú, oct. 1981.
13. Pacheco J, Geisinger F, Valdivia F. Mortalidad materna. *Ginecol Obstet Perú*, 1983; 28: 15.
14. Pacheco J, Moreno D, Geisinger E. Shock endotóxico. *Ginecol Obstet Perú*, 1985; 29: 29.
15. Pacheco J, Huamán M, Valdivia F, Palomino C. Maternal deaths at a Peruvian hospital during a 25-year period. Comunicación Libre presentada al XII Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia. Rio de Janeiro Brasil, oct. 1988.
16. Pacheco J, Valdivia E, Huamán M, Carrasco N, Yin L, Eclampsia: Experiencia en 30 años, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-IPSS. *Ginecol Obstet Perú*, 1989; 15 10.
17. Pacheco J, Huamán M, Valdivia E, Palomino C. Mortalidad materna en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, IPSS. Experiencia de 25 años. *Ginecol Obstet Perú* 1989; 35: 13.
18. Pacheco J. Comités de mortalidad materna. *Boletín de la Red Peruana de Perinatología*, 1989; 2(1): 7.
19. Pacheco J, Huamán M. Mortalidad materna 1984-1989, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins IPSS-Lima. "Tema libre presentado al X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, set. 1990.
20. Pacheco J. Hipertensión inducida por el embarazo. Fisiopatología. Manejo actual. En Pacheco J y col. "Salud Materna y Perinatal. Experiencias y Estrategias". Red Peruana de Perinatología y Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, 1992.
21. Pacheco J. Libro "Manual de Obstetricia", Lima, 1992.
22. Pacheco J, Huamán M, Vargas A. Mortalidad materna en el Hospital Nacional "Edgardo Rchagliati Martins", IPSS (1958-1991). Tomo del XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, 1994, pág. 95-8.
23. Pacheco J. Hipertensión inducida por el embarazo. Nuevos conceptos. *Ginecol Obstet Perú* 1995; 41: 7-17.
24. Pacheco J. Concepto actual sobre el manejo de la hipertensión inducida por el embarazo. *Hipertensión* 1995; 1: 110-9.
25. Peña W, Delgado J. Mortalidad materna en el Hospital de Apoyo Docente de Huacho-MinSA: análisis y perspectivas. Tema libre presentado al XI Congreso Peruano y VII jornada Bolivariana de Obstetricia y Ginecología, Lima, oct. 1993.
26. Pinedo A, Távara L, Chumbe O, Patia J. Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna. *Ginecol Obstet Peru* 1995; 41: 524.
27. Ramos P, Solis H. Mortalidad materna en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Trabajo libre presentado al Congreso Extraordinario de Obstetricia y Ginecología, Lima, oct. 1997.
28. Román V, Huamán E, Fierro D. Mortalidad materna en el Hospital "El Camen" Huancayo (1985-1995). Tema libre presentado al XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, jun. 1996.
29. Salazar M, Pacheco J, Scaglia L, Lama J. La edad materna avanzada como un factor de riesgo para el parto. Tema libre presentado al XI Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia. VII Jornada Bolivariana de Ginecología y Obstetricia, Lima, oct. 1993.
30. Santiváñez A, Cano J, Castro G. Mortalidad materna en Honadomani San Bartolomé (1991-1996). Trabajo libre presentado al Congreso Extraordinario de Obstetricia y Ginecología, Lima, oct. 1997.
31. Távara L, Chumbe O. Evolución de la mortalidad materna en el cono sur de Lima. Tema libre presentado al XI Congreso Peruano y VII jornada Bolivariana de Obstetricia y Ginecología, Lima, oct. 1993.
32. Távara L. Mortalidad materna en el Perú. Responsabilidad de todos. *Ginecol Obstet* 1996; 42(3): 17-22.
33. Távara L. Comunicación personal.
34. Teng A. El Síndrome HELLP. Experiencia en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Tesis para optar el título de especialista en ginecoobstetricia, Facultad de Medicina, UNMSM, 1997.



35. Torres J, Díaz J, Gutiérrez M. Mortalidad materna en el Instituto Materno Perinatal en el quinquenio 1991-1995. Tema libre presentado al XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, jun. 1996.

36. Urbina N. Comunicación personal.

37. Vilela M, Pacheco J, Huamán M, Carrasco N. La gestante añosa. Tema libre presentado al X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, set. 1990.