

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES PRESENTES EN LAS MUERTES
PERINATALES OCURRIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE
ENERO DE 2007 Y JUNIO DE 2009

XIMENA CHILITO IJAJI
HERMAN QUISOBONI ZUÑIGA
TATIANA ISABEL REYES FIGUEROA

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA
POPAYÁN
2011

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES PRESENTES EN LAS MUERTES
PERINATALES OCURRIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE
ENERO DE 2007 Y JUNIO DE 2009

XIMENA CHILITO IJAJI
HERMAN QUISOBONI ZÚÑIGA
TATIANA ISABEL REYES FIGUEROA

Trabajo de Investigación

Asesores
SANDRA YAMILE MARTÍNEZ
Psicóloga y Epidemióloga
JOSÉ ENRIQUE CHAGÜENDO
Médico Gineco-Obstetra

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA
POPAYÁN
2009

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

1. MARCO DE REFERENCIA
 - 1.1 PERSPECTIVA HISTORICA DE LA SALUD PERINATAL
 - 1.2 CONCEPTO DE MUERTE PERINATAL
 - 1.3 FACTORES DE RIESGO PARA MUERTE PERINATAL
 - 1.3.1 Factores de riesgo de orden biológico maternos
 - 1.3.2 Factores de riesgo de orden biológico relacionados con el Feto o recién nacido
 - 1.3.3 Factores de riesgo de orden socio-demográfico
 - 1.3.4 Factores de riesgo de orden psicológico
 - 1.3.5 Factores de riesgo relacionados con la atención de la madre durante la gestación y el parto

1.4 ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD PERINATAL

1.4.1 Instituciones en salud que enfrentan la problemática en Colombia

1.5 MARCO LEGAL Y NORMATIVO

1.5.1 Decreto 3039 de 2007 del Ministerio de Protección Social

1.5.2 Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud

1.5.3 Protocolo de Vigilancia y Control de la Mortalidad Perinatal. Instituto Nacional de Salud. 2009

2. METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

2.3 CRITERIOS DE INCLUSION

2.4 VARIABLES

2.5 METODOS, TECNICA E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

2.6 METODOS TECNICAS PARA EL ANALISIS DE DATOS

2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

3. ANALISIS DE RESULTADOS

4. DISCUSION

5. CONCLUSIONES

6. RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

Pág.

- | | | |
|----------|---|--|
| Tabla 1. | Descripción del plan de análisis acorde con los objetivos propuestos. | |
| Tabla 2. | Distribución porcentual de mortalidad perinatal según características sociodemográficas de la madre. | |
| Tabla 3. | Medidas de tendencia central variables de razón. Condiciones biológicas maternas. | |
| Tabla 4. | Distribución porcentual de mortalidad perinatal según condiciones biológicas de la madre. | |
| Tabla 5. | Medidas de tendencia central variables de razón. Condiciones biológicas del feto o recién nacido. | |
| Tabla 6. | Distribución porcentual de mortalidad perinatal según condiciones biológicas del feto o recién nacido. | |
| Tabla 7. | Medidas de tendencia central variables de razón. Proceso de atención de la madre durante el embarazo y el parto. | |
| Tabla 8. | Distribución porcentual de mortalidad perinatal según características de la atención de la madre durante el embarazo y el parto | |

LISTA DE FIGURAS

Pág.

- Figura 1. Matriz periodos perinatales de riesgo. Protocolo de vigilancia y control de la mortalidad perinatal. Instituto Nacional de Salud. 2009
- Figura 2. Distribución porcentual de gestas según edad de la madre
- Figura 3. Distribución porcentual de paridad según edad de la madre
- Figura 4. Distribución porcentual de intervalo intergenésico según edad de la madre
- Figura 5. Distribución porcentual del momento en que ocurrió la muerte según peso del feto o recién nacido
- Figura 6. Distribución porcentual de controles prenatales según régimen de salud
- Figura 7. Distribución porcentual de controles prenatales según procedencia.
- Figura 8. Aceptación del embarazo de las madres de los casos de muerte perinatal
- Figura 9. Calidad de relación con la pareja de las madres de los casos de muerte perinatal
- Figura 10. Apoyo familiar recibido por las madres de los casos de muerte perinatal
- Figura 11. Sintomatología de estrés presentado por las madres de los casos a estudio
- Figura 12. Sintomatología de humor depresivo presentado por las madres de los casos a estudio.

LISTA DE ANEXOS

Pág.

- Anexo A. Operacionalización de variables
- Anexo B. Cuestionario factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero de 2007 a Junio de 2009
- Anexo C. Encuesta estructurada. Factores de riesgo psicológicos presentes en las madres a estudio
- Anexo D. Carta solicitud de permiso revisión de historias clínicas. Hospital Universitario San José
- Anexo E. Consentimiento informado

RESUMEN

La mortalidad perinatal es uno de los indicadores más importantes de bienestar y calidad de vida de una población, refleja las condiciones de salud materna, el entorno en que vive la madre, y la calidad de atención pre-concepcional, pre-natal, intra-parto y del neonato¹.

Se realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo, con el objetivo de identificar los factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales ocurridas en el Hospital Universitario San José de Popayán, en el periodo comprendido entre Enero de 2007 a Junio de 2009. Para la recolección de la información el estudio se organizó en 2 fases; la primera, para la identificación de los factores biológicos, que se trabajaron mediante revisión de historias clínicas, se contó con 130 casos; en la segunda fase, se profundizó los factores de orden psicológico con una muestra de 8 personas, a las cuales se les aplicó una encuesta estructurada por vía telefónica.

Este estudio produjo los siguientes resultados: las madres de los casos de muerte perinatal están entre los 20 a 29 años, el 56,2% viven en unión libre, el 59,2% tienen bajo nivel educacional, el 72,3% son procedentes de zonas rurales y el 59,2% se encuentran afiliadas al régimen subsidiado. El 53,8% correspondieron a multigestantes, el 42,5% tienen periodos intergenésicos cortos (menores a 2 años), el 90% fueron embarazos a término, con patologías maternas como: ruptura prematura de membranas, infecciones urinarias y pre-eclampsia. El 50% fueron muertes anteparto, el 50% se caracterizaron por presentar muy bajo peso (<1500gr), las patologías más frecuentes fueron: defectos congénitos, asfixia neonatal y retardo del crecimiento intrauterino. El 36,9% realizaron 1 a 3 controles y un 30,8% no realizaron ningún control. Los factores de orden psicológico se solo fue posible identificarlos en 8 gestantes, las categorías de embarazo planeado y no planeado tuvieron en igual porcentaje con un 50% (4/8), hubo un predominio de mujeres en unión libre (5/8), en donde la noticia de llegada del bebé no provocó las mejores reacciones por parte del conyugue, además se evidenció que en la mayoría de relaciones no hubo una convivencia permanente con la pareja, el apoyo familiar recibido por la madre fue calificado como regular, la mayoría presentaron algún tipo de síntoma de estrés: llanto fácil, tensión muscular, temblor e incapacidad para relajarse, e igualmente presentaron más de un síntoma de

¹ DONOSO S., Enrique. Mortalidad Perinatal en las Américas. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2005. p. 279-280

humor depresivo, como: insomnio, reacciones de rabia o ira y falta de interés, durante la mayor parte del embarazo.

Los resultados obtenidos reflejan la influencia que ejercen: las condiciones de la salud materna, la atención que recibe la madre durante el embarazo y el parto, el contexto social que la rodea, y la esfera psicológica, en la presentación de una muerte perinatal. La gestación supone cambios importantes en la vida de la mujer, por lo tanto, se deben emplear todos los recursos necesarios para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento, y elabore estrategias para llevar a cabo el cuidado durante el embarazo y posterior a este.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad perinatal es uno de los indicadores más importantes de bienestar y calidad de vida de una población, refleja las condiciones de salud materna, el entorno en que vive la madre, y la calidad de atención pre-concepcional, prenatal, intra-parto y del neonato. Resume el riesgo de morir del feto y el recién nacido como consecuencia del proceso reproductivo, influenciado por múltiples factores de orden ambiental y social, donde el grado de desarrollo económico y sanitario de un país, tiene un papel determinante¹.

Según la OMS, se estima que cada año se presentan 8 millones de muertes perinatales en el mundo, la mitad antes del nacimiento, 2.9 millones antes de los siete días de vida y 1.1 millones entre los días 7 y 28 días de vida². 98% de ellas ocurren en países en vías de desarrollo³, mientras que en los países desarrollados solo ocurre entre el 1 y el 2%.

Colombia, al ser parte de los países en desarrollo, presenta múltiples problemas socioculturales, económicos y políticos, que afectan la calidad de vida de sus habitantes, principalmente la población más vulnerable (mujeres y niños). Lo cual se refleja en las tasas de mortalidad perinatal, que según la ENDS (Encuesta Nacional de Demografía y Salud) realizada en el 2005 por Profamilia, fue de 17/1000 nacidos vivos. De acuerdo a la distribución de muertes por regiones, la región pacífica y atlántica presentaron las tasas de mortalidad perinatal más altas⁴.

La distribución geográfica y la diversidad cultural del departamento del Cauca, dificulta el acceso oportuno a las instituciones de salud, situación que repercute negativamente en el buen desarrollo de la gestación. En el municipio de Popayán el DANE para el año 2007 reportó una tasa de mortalidad perinatal de 21/1000 nacidos vivos⁵.

La muerte perinatal es una condición “multi – causal” o multi – factorial”, se halla fuertemente relacionada a las condiciones de pobreza, desnutrición, analfabetismo, falta de empleo, malas condiciones ambientales, insuficientes

¹ DONOSO SIÑA, Enrique. Mortalidad perinatal en las Américas. En: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol. 70, No. 5. (2005); p. 279-280

² World Health Organization. En: Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. (2006)

³ ZULETA TOBÓN, John Jairo et al. Análisis poblacional de la mortalidad perinatal. En: Modelos Para El Análisis De La Mortalidad Materna Y Perinatal. p.115

⁴ Profamilia. Salud Sexual y Reproductiva. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.

⁵ República de Colombia, departamento del Cauca, Plan de municipio de Popayán. (2005-2008)

servicios de salud y dificultad para su accesibilidad⁶. Estos factores llevan a la extensión y perpetuación de la gravedad del problema.

Cuando se presenta una muerte perinatal esta genera reacciones aflictivas del proceso de duelo al cual se enfrentan los padres y su familia; Kennell concluyó que las reacciones de luto de los padres que se enfrentan a una muerte perinatal, son similares a las descritas con la muerte de un familiar cercano⁷. Se ha demostrado que del 48 al 51% de las mujeres que han sufrido alguna pérdida del embarazo, presentan depresión clínicamente significativa, entre el primer y tercer mes después de haber ocurrido la pérdida⁸, ocasionando en algunos casos aislamiento y divorcio.

Otro aspecto lesivo en la mortalidad perinatal, son las consecuencias que ésta tiene, dentro del marco social del país, si se considera que contribuye al descenso de la natalidad y al proceso de envejecimiento de la población mundial. Según datos del año 2005, un 11% de la población estaría integrado por personas mayores de 60 años, que llegarían a un 26% en el año 2050⁹. En Colombia, la población pasó, en menos de un siglo, de 4'355.470 personas a un total de 41.468.384 habitantes, de los cuales el 6.3% (2'612.508), es mayor de 65 años¹⁰. El incremento de la mortalidad perinatal genera un consecuente aumento de la población adulta, lo que desencadena un desequilibrio notable entre la población activa y pasiva; tomando como pasivos a los adultos mayores, ya que estos no pueden aportar de manera significativa al desarrollo de la economía; debe tenerse en cuenta, que el 80% de los adultos mayores presentan enfermedades crónicas, lo que obliga al gobierno a invertir el presupuesto público en seguridad social y salud geriátrica, desencadenando mayores gastos y menores ingresos, estancando el desarrollo económico y social del país.

Además, de lo anteriormente expuesto, con la muerte o enfermedad de un niño, la sociedad pierde a un miembro cuyo trabajo y cuyas actividades serían

⁶ OMS, Boletín N° 13. Salud perinatal. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Diciembre, 2001.

⁷ CARRERA HUESO, M^a Luisa. Papel del obstetra ante la pérdida perinatal. España, (2004), p. 16. Trabajo de grado, (ginecología y obstetricia) Universidad de Valencia, facultad de medicina

⁸ SÁNCHEZ-PICHARDO, Marco Antonio. Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales. En: Perinatol Reprod Hum, VOL. 21, No. 3; (julio-septiembre, 2007); p. 148-149 disponible en: www.imbiomed.com.mx

⁹ NAVARRETE-HERNÁNDEZ, Eduardo. Proyecto de Acuerdo No. 031 de 2004 por el cual se ordena el cobro de la Estampilla PRO-ANCIANO en el Municipio de Medellín. fecha de consulta (16 de junio del 2008), disponible en: (http://www.concejodemedellin.gov.co/webcon/concejo/concejo_gallery/214.doc.)

¹⁰ República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación Actual de las personas Adultas Mayores. 2007. fecha de consulta (16 de junio del 2008). disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co

esenciales en un futuro para la vida y la cohesión de la familia y la comunidad, lo que en últimas se traducen en beneficios económicos a largo plazo¹¹.

Ante esta realidad y teniendo en cuenta los Objetivos del Milenio promulgados por las Naciones Unidas, que proponen disminuir en dos tercios la mortalidad infantil para el año 2015¹², se requiere adoptar las medidas necesarias para afrontar y reducir la mortalidad perinatal, la cual explica entre un 20 y un 56% de la mortalidad infantil. En la planificación de estas intervenciones, el profesional de enfermería con enfoque holístico, debe tener presente, como los daños a la salud perinatal, se originan de una vinculación estrecha con diversos agentes que se describen dentro de la multicausalidad, donde intervienen factores de orden biológico, social y psicológico¹³ propios de la madre, tanto desde la etapa previa a la concepción, como durante el embarazo y el parto; y secundariamente con las complicaciones específicas del recién nacido¹⁴.

Considerando los parámetros expuestos anteriormente; la presente investigación hace énfasis en el estudio de los factores presentes en las muertes perinatales, abordándolos desde su contexto más amplio: bio-psico-social, tomando como sitio de estudio el Hospital Universitario San José de Popayán, institución de carácter público, al cual concurren habitantes de la zona urbana del municipio de Popayán y los 42 municipios del Departamento del Cauca, lo cual permite valorar las condiciones propias de la región, el contexto económico y social, que probablemente influyan en la presentación de estas muertes.

El objetivo del presente estudio fue identificar los factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales ocurridas en el Hospital Universitario San José de Popayán, entre los periodos Enero, 2007- Junio, 2009, así como describir las características sociodemográficas de la población sujeto de estudio, Determinar las condiciones biológicas maternas, identificar las condiciones biológicas en las que se encontraba el feto o recién nacido en el momento de la muerte, identificar los factores psicosociales presentes en las muertes perinatales, e identificar el proceso de atención de la madre durante el embarazo y el parto.

¹¹ Informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡Cada madre y cada niño contarán! Tomada de OMS. Cap.1. Pag.6

¹² Freedman L, Wirth M, Waldman R, Chowdhury M, Rosenfield A. Millenium Project: background paper of the Task Force on child health and maternal health. New York: United Nations Development Programme (UNDP); 2003.

¹³ HERRERA JA. et al. The bio psychosocial risk assessment and the low birth weight. En: Soc Sci Med. Vol. 44, (1997); P. 1107-1114.

¹⁴ VELASCO-MURILLO, Vitelio; et al. Causalidad y tendencia de la mortalidad perinatal hospitalaria en el IMSS, Cirugía y Cirujanos. Vol. 71, No.4. (1998-2002); P. 304-313

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales ocurridas en el HUSJ, entre los periodos Enero, 2007- Junio 2009.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar socio-demográficamente la población a estudio.
2. Determinar las condiciones biológicas maternas de la población a estudio.
3. Identificar las condiciones biológicas en las que se encontraba el feto o recién nacido en el momento de la muerte.
4. Identificar los factores psicosociales presentes en las muertes perinatales.
5. Identificar el proceso de atención de la madre durante el embarazo y el parto.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA SALUD PERINATAL

El concepto de perinatología surgió como una idea integradora enfocada a defender el feto en el momento de máxima vulnerabilidad, a integrar la familia y proteger el futuro de la humanidad. La perinatología se ocupa de un amplio campo que comprende el proceso reproductivo centrado en el nacimiento. Su propósito fundamental es reducir al mínimo los riesgos del nacimiento, estudiando los factores que lo determinan, las condiciones que lo previenen o lo corrigen.¹⁵

Para Douglas Baird, el término perinatal significa “alrededor del nacimiento”, el cual se refiere a la etapa del nacimiento y la primera semana de vida. Dicho autor, estableció que las condiciones sociales y ambientales de la madre eran muy importantes para el feto, tanto como los cuidados prenatales durante el embarazo y el parto.

La historia muestra que era mínimo el interés por estudiar los factores relacionados con las muertes de los recién nacidos. Los primeros intentos para establecer una estadística de mortalidad materna y perinatal datan de la segunda mitad del siglo XVIII.

En 1781, Robert Bland, médico partero del Westminster General Dispensary, hizo una primera aproximación al tema, publicando la primera estadística que se conoce en referencia a los partos de las clases urbanas pobres de Londres. Dicho autor encontró una incidencia superior de muertes maternas por fiebre puerperal entre aquellas mujeres que eran atendidas de forma privada por médicos, debido a que éstos con frecuencia venían de salas de autopsia infectadas, o bien sometían a las pacientes a un número excesivo de manipulaciones. Estos datos fueron posteriormente corroborados por J. Robertson en Manchester y por Cullingworth en Londres. Este fenómeno ha sido denominado por Loudon como la “relación invertida entre clases sociales”.

¹⁵ OPS-OMS Salud perinatal. Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo humano CLAP, (1983). Vol. 1, No.2. disponible en : <http://www.clap.org.co>

Más adelante Aveling, en 1872, publicó un libro dirigido a las comadronas, recomienda el estudio de causas de muertes perinatales; pasó mucho tiempo hasta que dicha recomendación se tuviera en cuenta. En 1837 se registraron por primera vez los nacimientos a escala nacional en Inglaterra y Gales. Antes de dicho registro, sólo existía como único archivo los de las distintas parroquias. El acta se convirtió en un requerimiento legal, en donde se debía documentar todos los nacimientos que hubieran tenido lugar en el distrito dentro de los primeros 42 días de vida; debía incluir información sobre la edad de ambos progenitores, fecha de casamiento, hijos previos nacidos vivos y muertos, lugar de nacimiento de los padres, raza, clase social, factores que influyen en los índices de mortalidad perinatal. A partir de estos datos, se pudo conocer el índice de fertilidad, de mortalidad perinatal y materna. El estudio de Nacional Birthday Trust Fund en 1958 y 1970 amplía un poco más el panorama de la problemática y permite conocer la repercusión tan elevada de la mortalidad perinatal, así como la condición social de las mujeres afectadas por ésta.

Como ya se ha citado anteriormente era escaso el interés en investigar los factores asociados a las muertes de los recién nacidos. Los primeros intentos de clasificación de etiologías y desarrollo de estrategias de prevención datan a finales de siglo pasado y comienzos del presente. Cosbie publica en 1923 un estudio en el Canadian Medical Association en el cual reconoce unas tasas de mortalidad perinatal de 86.1 muertes perinatales por cada 1000 nacimientos, para la población atendida en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital General de Toronto.

1.2 CONCEPTO

Ante la falta de estudios, control y reorganización de los conceptos utilizados en gineco-obstetricia nace una de las primeras áreas de subespecialización que es la perinatología, la cual realizó las primeras modificaciones al campo de trabajo de gineco-obstetras y pediatras. Surge a partir de los años ochenta, la cual creó una unidad conceptual entre el periodo prenatal (segunda mitad del embarazo) y el postnatal temprano (neonatal)¹⁶.

Hasta la novena revisión de la CIE (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud), se manejaba la definición de periodo perinatal aquel que parte de la semana 28 de gestación hasta los 7 días de vida. A partir de la décima revisión de la CIE, esta definición sufrió cambios, de tal forma que actualmente el periodo perinatal se considera que comienza a las 22 semanas completas de gestación y 500 gramos o más,

¹⁶ HERNÁNDEZ GARCÍA J.M. Tratado de obstetricia y ginecología. Usandizaga J.A., De la Fuente P. Edit. Mc Graw Hill.- Interamericana de España. Madrid (1997); Vol. 1, Pag. 67-84.

y termina a los siete (7) días completos después del parto.¹⁷ Debe tenerse presente que sólo se recurre al peso fetal cuando se desconocen las semanas de gestación. El periodo perinatal, cobra importancia porque el producto de la concepción está sometido a una serie de riesgos que dependen fundamentalmente del ambiente materno en el cual crece y se desarrolla, y del ambiente exterior que puede ser tan favorable o no como el ambiente materno. Además, las afecciones perinatales que no logran producir la muerte, ocasionan con frecuencia secuelas neurológicas y motoras, que llegan a constituir una pesada carga para la familia y la sociedad.¹⁸

Por lo descrito anteriormente, el periodo perinatal representa, tanto para la madre como el niño, un riesgo importante de muerte. Es por tanto, que la Organización Mundial de la Salud define como mortalidad perinatal todo producto muerto entre la semana 22 de gestación o mayores de 500 gr de peso hasta los 7 días de nacido. Incluye los mortinatos y muertes neonatales precoces. Entendido como mortinato, las muertes fetales de los productos del embarazo de 500 gramos y más, con 22 semanas pasadas de gestación hasta el nacimiento; y como muerte neonatal precoz, aquella que ocurren durante los siete primeros días completos de vida.¹⁹

Para la presente investigación se tomó como base de estudio la última definición propuesta por la OMS, porque permite evaluar aspectos más relevantes respecto a muerte perinatal intrauterina y/o neonatal precoz, con el fin de actualizar, unificar conceptos a nivel regional y nacional los cuales permitan hacer comparaciones con estudios actuales acerca de factores que comúnmente influyen en la muerte perinatal.

1.3 FACTORES DE RIESGO

Entendiendo como factores de riesgo perinatal aquellos que pueden incidir negativamente en la evolución del embarazo y el producto; el riesgo perinatal se puede definir como un embarazo que tiene la probabilidad de dar como resultado un feto muerto, una muerte neonatal o una lesión residual grave incompatible con una vida de calidad razonable para un individuo.²⁰

¹⁷ República de Colombia. DANE. Normas e instrucciones sobre la codificación de la mortalidad fetal y neonatal. Estadísticas vitales.

¹⁸ TIACONAL, Manuel et al. Factores de Riesgo de la Mortalidad Perinatal en el Perú. En: Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol. 49, No 4 (2003); P. 227 – 236.

¹⁹ OMS, CLAP, DANE. Clasificación internacional de enfermedades.

²⁰ Enfoque de Riesgo. Manual de auto instrucción. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. OPS / OMS. Publicación Científica CLAP N° 1321.02. 2003

Según la OMS, las principales causas directas de la mortalidad neonatal en el mundo fueron asfixia (21%), neumonía (19%), tétanos (14%), malformaciones congénitas (11%), prematuridad (10%) y sepsis (10%); 98% de las muertes neonatales ocurren en países en desarrollo²¹.

Dada la variedad de causas y factores tanto internos como externos que influyen en la gestación, cada embarazo debe ser analizado por separado. El enfoque epidemiológico y social, cada vez más señalado en la solución de este problema, ha aportado conceptos importantes, esto se debe al hecho, que el ambiente materno donde se desarrolla la gestación está inmerso en otros aspectos: económico, social, cultural y psicológico, determinantes en gran medida, y no siempre pueden ser modificados por el personal médico, pero son ellos quienes deben valorar los riesgos y aconsejar a la población demandante.²²

Mosley y Chen postulan un modelo multicausal, que no sólo toma en cuenta factores biológicos y clínicos para mortalidad neonatal, sino que introduce las condiciones reales donde se produce el evento²³. Huiza y su grupo, con base en los hallazgos de su estudio, plantean que la muerte fetal/neonatal ocurre por factores patogénicos de origen multifactorial. Concluyen que la mayor parte de las muertes fetales/neonatales ocurren por la participación de factores patogénicos que intervienen tempranamente en la unidad madre-hijo. Por lo tanto la salud física, mental y social de la madre está estrechamente ligada al bienestar del hijo antes de nacer y la salud del hijo después del nacimiento²⁴.

Desde mediados de la década de los sesenta, se han analizado los factores de riesgo que participan en la mortalidad perinatal, de ahí ha surgido un amplio listado de condiciones pregestacionales, ambientales, antecedentes reproductivos, patologías intercurrentes con la gestación, complicaciones de la misma y problemas relacionados con los resultados obstétricos.

²¹ DELGADO, Mario. et al. Algunos factores de riesgo para mortalidad neonatal en un hospital de III nivel, Popayán. En: Colombia Médica. Vol. 34, N° 4. (2003); P. 179-185.

²² ABARCA, Francisco Javier. et al. Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas México. E Rev. Salud Pública, Vol. 10 (2003); P. 687-92. Disponible en: www.fsp.usp.br/rsp

²³ PIANTA, PIANTA, Ivonne Szasz. salud de la mujer y salud reproductiva. Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer EN: Salud materno-infantil. Disponible en: <http://www.robertexto.com>.

²⁴ HUIZA, Lilia. Et al. Muerte fetal y muerte neonatal tienen origen multifactorial. En: Análisis de la Facultad de Medicina, Vol. 64, No. 1(2003); P.13-20.

De acuerdo a investigaciones realizadas a nivel mundial, se han encontrado diversos factores de riesgo asociados a la muerte perinatal, los cuales se pueden categorizar de la siguiente forma:

1.3.1 FACTORES DE RIESGO DE ORDEN BIOLÓGICO MATERNO

Las características de la madre han sido estudiadas como factores de riesgo para muerte perinatal.

En estudios recientes se ha demostrado una mayor mortalidad perinatal en madres de edad menor de 20 años o más de 34 años. Según Delgado, la edad materna es un reconocido factor de riesgo para mortalidad neonatal. Los hijos de madres adolescentes y aquellas de más de 35 años tienen mayor probabilidad de morir en la etapa neonatal²⁵. Igualmente, Ochoa y Ruiz afirman que la mayoría de casos de muerte perinatal se presentan en mujeres menores de 20 años y mayores de 35²⁶.

Maradiegue y Salvador encontraron que la tasa de mortalidad perinatal en mujeres entre 35 a 49 años (29,6 por 1000 nacidos vivos), es mayor con respecto en mujeres entre 20 a 29 años (19,6 por 1000 nacidos vivos)²⁷. Mientras tanto, Montenegro sostiene que la tasa de mortalidad perinatal es 1.8 veces mayor en madres de 10-15 años que en las madres de 16-19 años²⁸.

Los daños a la salud materna tienen profundas repercusiones en el producto. Diversos autores han encontrado múltiples factores asociados a la mortalidad perinatal como los factores ginecoobstétricos (número de abortos, periodo intergenésico menor de dos años, multigravidez, antecedente de muertes perinatales y cesáreas). En un estudio realizado en Chiapas, México, se encontró que el riesgo ginecoobstétrico medio y alto se asoció seis y diez veces más con la muerte perinatal²⁹. Bobadilla, en su estudio reporta un riesgo

²⁵ *Ibíd.* p. 179-185. P. 23

²⁶ OCHOA BRIZUELA, José. Et al. Factores asociados a la mortalidad perinatal. Juigalpa Chontales. (asunción enero 1998 – diciembre 2002); P. 2-50. trabajo de grado (salud pública). universidad nacional autónoma de Nicaragua, escuela de salud pública.

²⁷ EDUARDO MARADIEGUE, Jorge salvador. Embarazo en primigestas añosas. En: *Ginecol Obstet.* Vol. 43, No. 2(1997); P. 4 – 121.

²⁸ MONTENEGRO, Roberto Ramón. Factores de riesgo asociados a Mortalidad Perinatal en adolescentes en el HBCR. Nicaragua. (Julio 2000-Junio 2002); P. 4-81, Monografía (ginecología y obstetricia), universidad autónoma de Nicaragua, facultad ciencias de la salud.

²⁹ RIVERA Leonor, et al. Factores asociados a mortalidad perinatal en el Hospital General de Chiapas, México. En: *Rev Saúde Pública.* Vol.37, No.6 (2003); P.92-687.

mayor de muerte perinatal, conforme se incrementa el riesgo ginecoobstétrico³⁰.

En cuanto al número de gestaciones, se ha demostrado que el hecho de ser primigesta es un factor de riesgo para presentar muerte perinatal. Por otro lado la multiparidad también ha sido asociada a resultados adversos explicados principalmente por complicaciones obstétricas o patologías maternas, según Gilstrap L. C. En estudios que se han realizado para determinar el riesgo de la operación cesárea seguida a embarazos no complicados, comparado con partos vaginales, se observó que los neonatos nacidos por cirugía tenían puntajes de APGAR más bajos, requirieron cuidados intermedios o intensivos y oxigenoterapia con más frecuencia que los niños nacidos por parto vaginal, sugiriendo que la cesárea en embarazos no complicados es un factor de riesgo a pesar de las actuales prácticas obstétricas.³¹

Según un estudio de Smith G. C, Pell J. P, Dobbie R. se encontró que un intervalo intergenésico menor a 6 meses se asocia con un aumento del riesgo (en comparación con intervalos de 18 a 23 meses) de parto espontáneo pretérmino, entre 24-32 semanas y entre 33 a 36 semanas³². Casi el 10% de las mujeres con un intervalo menor a 6 meses tuvieron un primer embarazo que concluyó en muerte perinatal comparándolo con menos del 1% de las mujeres con un intervalo de 18 a 23 meses³³.

Como ya se ha indicado, son reconocidos como factores de riesgo el bajo peso al nacer y la prematurez. Estos factores están a su vez determinados por otros llamados intermedios como la historia obstétrica de la madre (edad, paridad, intervalo intergenésico, control prenatal) y los aspectos sociales (embarazo en la adolescencia, estado civil, nivel educacional, acceso a atención en salud) entre otros.³⁴

Las pacientes con tensión arterial elevada durante el embarazo tienen una incidencia significativa de mayor morbilidad y mortalidad maternofoetal, que las

³⁰ BOBADILLA JL. Quality of perinatal medical care in Mexico City. México (DF); Secretaría de Salud/ Instituto Nacional de Salud Pública; (1988).

³¹ MEJÍA Héctor. Factores de Riesgo para muerte Neonatal. En: Sociedad Boliviana de Pediatría.

³² *Ibíd.*, P. 227 – 236. P.21

³³ *Ibíd.*, P. 179-185. P.23

³⁴ DELGADO, Mario. Algunos factores de riesgo... p. 179-185

normotensas; en las que las principales causas son prematuridad y asfixia fetal. La preeclampsia es la principal causa de la mortalidad materna y perinatal, parto prematuro, retardo en el crecimiento intrauterino.³⁵

1.3.2 FACTORES DE RIESGO DE ORDEN BIOLÓGICO RELACIONADOS CON EL FETO O RECIÉN NACIDO

La viabilidad del recién nacido depende de la edad gestacional, de su peso y de la atención médica.

Manuel Tiaconal, en su estudio encontró que la edad gestacional menor a 37 semanas y un producto con peso menor a 2500 gr se asocia con el riesgo de muerte perinatal³⁶. Rivera y asociados, encontraron una asociación significativa respecto a la prematuridad con bajo peso para la edad gestacional y mortalidad perinatal, siendo 9.20 veces más riesgo en productos pretérmino comparado con productos de término³⁷.

Por otro lado, las patologías del neonato representan un factor de riesgo de gran importancia y frecuencia que llevan a muerte perinatal o secuelas irreparables. Como lo muestra un estudio realizado en Perú, donde se encontró que el neonato con patologías tiene un 56,7 veces más riesgo de muerte perinatal, en comparación con el recién nacido sin patología. Ochoa y Ruiz encontraron que las principales patologías del recién nacido son membrana hialina con 12.9%, defectos congénitos con 8.3%, Síndrome de Aspiración 6.3% y asfixia con 8.6%³⁸.

1.3.3 FACTORES DE RIESGO DE ORDEN SOCIO DEMOGRÁFICO

Los factores sociodemográficos participan de manera importante en la mortalidad perinatal, afectando de manera individual y familiar el nivel de salud del binomio madre-hijo. Rivera et al, con base en su estudio realizado en México, plantea que los factores de orden socioeconómicos representan un riesgo importante para muerte perinatal, entre estos describe: a) el nivel

³⁵ HERRERA JA, CACERES D, GRACIA B. Aplicación de un modelo biopsicosocial. Ministerio de Salud de Colombia.1997.

³⁶ Factores de Riesgo de la mortalidad perinatal en el Perú. Manuel Ticonal1, Diana Huanco,

³⁷ Leonor Rivera, María de Lourdes Fuentes Román, Carlos Esquinca Albores, Francisco Javier Abarca y Carlos Hernández Girón. Factores asociados a mortalidad perinatal en el Hospital General de Chiapas, Mexico. Rev Saúde Pública 2003; 37(6):687-92. www.fsp.usp.br/rsp.

³⁸ OCHOA, José Francisco; RUIZ, Francisco José. Factores de riesgo asociados a Mortalidad Perinatal, Enero 1998 – Diciembre 2002

socioeconómico medio aumenta en 5 veces más el riesgo con relación al nivel alto, b) ocupación del padre, ser agricultor aumenta 3.31 veces más el riesgo de muerte comparado con los padres que son empleados en alguna institución²³.

En las madres analfabetas suele haber desventajas físicas, sociales y de acceso a los servicios de salud, que resultan en mayor riesgo reproductivo. En un estudio realizado por Covarrubias, Cáceres y colaboradores observaron dos veces más riesgo de mortalidad neonatal en pacientes con este factor³⁹. De igual forma Ochoa, en su estudio retrospectivo de mortalidad perinatal, observó que la mayor parte de las madres carecían de algún nivel de escolaridad y las alfabetas en su mayoría alcanzaban un nivel primario. Huiza y colaboradores, encontraron que la alfabetización de la madre disminuía en forma significativa el riesgo de muerte fetal⁴⁰.

Por otra parte, Ochoa, describe una mayor ocurrencia de muerte perinatal en las mujeres de procedencia rural, debido a que estas tienen menores posibilidades de acceso a las Unidades de Salud que la población gestante del área urbana que es la más accesible a los servicios de salud²⁴.

El estado civil, fue descrito por Pacora, como un determinante de mortalidad perinatal, encontrando que las mujeres solteras tuvieron en forma significativa mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales⁴¹.

En un estudio realizado en Medellín, se encontró que las características que disminuyen el riesgo de presentar muerte perinatal son: pertenecer al régimen contributivo, tener una relación de pareja, ya sea formal o en unión libre, tener educación secundaria o superior. En este estudio se encontró que la mayoría de muertes perinatales ocurren en las mujeres que no cuentan con afiliación oficial al régimen de seguridad social en salud⁴².

³⁹ COVARRUBIAS, Lorenzo Osorno; CÁCERES, Carolina Watty; VÁZQUEZ Felipe Alonzo, VELÁZQUEZ, Jorge Dávila; EGUILUZ, Manuel Echeverría. Influencia de los antecedentes maternos en mortalidad neonatal. Ginecología y obstetricia Mex. 2008;76(12):730-8

⁴⁰ HUIZA, Lilia; PACORA, Percy; AYALA, Máximo; BUZZIO, Ytala. Muerte fetal y muerte neonatal tienen origen multifactorial. Anales de la Facultad de Medicina, Volumen 64 N°1, 2003.

⁴¹ PACORA, Percy; CAPCHA, Elena; ESQUIVEL, Laura; AYALA, Máximo; INGAR, Wilfredo; HUIZA, Lilia. La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y recién nacido. Anales de la Facultad de Medicina, 2005. Págs. 282-289.

⁴² ZULETA, John Jairo Tobón; GÓMEZ, Joaquín Guillermo Dávila; MÉNDEZ, Omar Gallo. Análisis de la mortalidad perinatal en Medellín: segundo semestre del año 2003 y año 2004.

1.3.4 FACTORES DE RIESGO DE ORDEN PSICOLÓGICO

La alteración de la salud mental de la madre constituye un factor importante que repercute negativamente en el bienestar del feto, el recién nacido y el infante, independiente de los cuidados médicos.

Pacora en su estudio, demuestra que las mujeres con falta de apoyo social y afectivo, como son las madres solteras, las mujeres adolescentes sin cuidado prenatal y las mujeres de talla baja, presentan aumentados riesgos en la salud materna y perinatal. La privación social y/o afectiva influye negativamente sobre la salud materna y perinatal, generando alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y recién nacido y, eventualmente, teratogénesis en la descendencia⁴³.

Julián Herrera plantea que el stress psicosocial aumenta la posibilidad de resultado perinatal desfavorable en un 80% para complicaciones obstétricas y un 44% para complicaciones neonatales, siendo un factor crítico determinante del resultado perinatal cuando las embarazadas no presentan factores de riesgo biomédicos⁴⁴.

La falta de apoyo social trae consigo la desnutrición física de la persona, la privación material, aumento de eventos negativos en la vida, falta de afecto, escaso nivel de educación y falta de acceso a la información. De manera que, las mujeres con falta de ayuda social presentan un incremento en los problemas emocionales, incluyendo el estrés, la ansiedad, la depresión emocional y la baja autoestima, al igual que deficiencias cognitivas. Esto se confronta con estudios de Herrera y Gonzáles, en 1987, quienes identificaron factores psicosociales de riesgo en embarazadas diagnosticadas con complicaciones perinatales, encontrando en la gestante acumulación de eventos estresantes y ansiedad severa, mostrando una desigualdad relativa de 3,8. Éste riesgo aumenta a 10.3 cuando la gestante concomitante carecía de soporte social adecuado (no apoyo de familia o compañero).⁴⁵

Pacora y col. sugieren que las mujeres con falta de apoyo social y afectivo, como son las madres solteras, mujeres adolescentes sin cuidado prenatal

⁴³ PACORA, Percy; CAPCHA, Elena; ESQUIVEL, Laura; AYALA, Máximo; INGAR, Wilfredo; HUIZA, Lilia. La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y recién nacido. Anales de la Facultad de Medicina, 2005. Págs. 282-289.

⁴⁴ Herrera JA. Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Trazo Ed. 1997. Bogotá. 1ª Ed.

⁴⁵ HERRERA, Julián A. Aplicación de un Modelo Biopsicosocial para la reducción de la Morbilidad y mortalidad Materna y Perinatal. Ministerio de Salud.

presentan un riesgo aumentado para mortalidad perinatal; el 60% de las muertes perinatales ocurridas en este medio, se encuentran asociadas al factor de privación social, la depresión emocional incrementa el riesgo para partos por cesárea en 2,28 veces más; factores viables para la complicación perinatal.⁴⁶ En el estudio de cuidados de enfermería durante la gestación y el parto de bajo riesgo sugiere que en jornadas superiores a ocho horas diarias pueden estar asociadas con bajo peso al nacer, abortos espontáneos y prematuros⁴⁷.

1.3.5 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA MADRE DURANTE LA GESTACIÓN

En la atención de la madre durante la gestación es de resaltar la importancia del seguimiento de su proceso de gestación mediante la asistencia al control prenatal, como un mecanismo protector frente a la mortalidad perinatal.

La cantidad de consultas prenatales mostró una fuerte correlación con la mortalidad neonatal (entre menos consultas prenatales acuda la madre, mayor riesgo de mortalidad neonatal), lo cual coincide con lo descrito por Sánchez-Nuncio y otros autores²⁵.

El papel sustancial que juega la consulta prenatal en la prevención de patologías perinatales ha sido reseñada por diversos autores en la literatura internacional como: Rivera L, Fuentes M, Esquinca C, Abarca F, Hernández.⁴⁸

Por otra parte, se ha insistido en la conveniencia de la instauración de programas basados en una exitosa consulta prenatal para disminuir las altas tasas de mortalidad perinatal. Jaramillo y col. señalan que una deficiente atención prenatal conlleva a una elevada mortalidad perinatal y contribuye al efecto deletéreo de patologías perinatales⁴⁹. Tiaconal, describe que la tasa de mortalidad perinatal es del 65,5 por mil en las gestantes que no reciben ningún control, a medida que el número de controles va en ascenso la mortalidad disminuye igualmente, llegando al cuarto agrupamiento con un valor de cero⁵⁰.

⁴⁶ PACORA, Percy. CAPCHA, Elena. Privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómica funcionales en el feto y el recién nacido. Anales de la facultad de Medicina; Universidad Nacional de San Marcos.

⁴⁷ Cuidados de Enfermería durante la Gestación y el parto de bajo riesgo.

⁴⁸ Bortman M. Risk factors for low birthweight. Rev Panam Salud Pública. 1998;3:314-321.

⁴⁹ FANEITE, Pedro; RIVERA, Clara, FANEITE, Josmery. Relación entre mortalidad perinatal y consulta prenatal Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 1997-2006.

⁵⁰ TIACONAL, Manuel; HUANCO, Diana. Factores de Riesgo de la Mortalidad Perinatal en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2003; 49 (4) : 227 – 236.

Las afecciones perinatales, guardan relación con aspectos del control prenatal, porque las únicas causas consideradas prevenibles desde este punto de vista se encuentran en ese rubro, se informa que cerca del 28.5% de las afecciones perinatales pudieron prevenirse si la madre hubiera recibido un control prenatal adecuado y de calidad. Por tal razón, la atención prenatal debe ser oportuna, temprana, accesible, con enfoque de riesgo y de calidad, en todos los escenarios donde se encuentra la gestante y su familia, la atención debe cumplir con una serie de componentes tales como lo son: la visita domiciliar, la consulta prenatal, el enfoque de riesgo, el curso de preparación para el parto y otros, con el fin de contribuir a mejorar la salud de la madre y de su hijo.

1.4 ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD PERINATAL

A partir de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas realizada en el año 2000, la comunidad internacional formalizó su compromiso para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), dentro de los cuales se incluye disminuir la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos tercios entre 1990 y 2015⁵¹.

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han encabezado actividades conjuntas para facilitar y mejorar la salud y bienestar del binomio madre-hijo. Entre los 60 e inicios de los 80, el mayor énfasis de las intervenciones estuvo focalizado en el control prenatal y la atención del parto a cargo de personal capacitado. Corresponde a esta etapa, la vigilancia de las gestantes basada en el enfoque de riesgo y la capacitación de los agentes comunitarios de salud para la detección de los signos de alarma y la atención del parto.

1.4.1 Atención primaria de la salud (APS) - OMS - ALMA ATA 1978: SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) adoptada en la Declaración de ALMA ATA en 1978, constituye la provisión de asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, al alcance y diseñados con la participación de los individuos y familias de una comunidad, y a un costo que ésta y el país puedan alcanzar a lo largo de las etapas de su desarrollo⁵². Debe ser: integral,

⁵¹ La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los objetivos de desarrollo del milenio de las naciones unidas. 47o Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud 58va Sesión del Comité Regional Washington, D.c., EUA, 25 al 29 de septiembre de 2006. OPS/OMS.

⁵² Cómo avanza el sector salud en el Distrito Capital. Bogotá sin indiferencia. Veeduría distrital. 2005.

integrada, continúa y permanente, activa, accesible, basada en el trabajo en equipo, comunitaria y participativa, programada y evaluable, docente e investigadora.

En el Perú, esta estrategia fue aplicada en el primer nivel de atención, donde se dispusieron programas de inmunizaciones, control de enfermedades diarreicas agudas y control de infecciones respiratorias agudas, obteniendo excelentes resultados en la disminución de la mortalidad infantil⁵³.

En Colombia, el proceso de su implementación, está determinado por la Ley 100 de 1993, en la cual se establece que para acceder a la atención en salud, debe pertenecerse al sistema de seguridad social⁵⁴. Este sistema de salud, dificulta el acceso universal a la atención en salud y por lo tanto disminuye la eficacia de la estrategia.

1.4.2 Maternidad sin riesgos - OMS 1987: *Maternidad saludable y segura*

La Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo llevada a cabo en Nairobi en 1987 y convocada por OMS, lanzó la iniciativa mundial por una maternidad segura, acontecimiento importante en favor de los derechos de la mujer. La iniciativa planteó como meta reducir las muertes maternas al 50% para el año 2000.

Para el cumplimiento de esta meta se hace necesario implementar entre muchas intervenciones el cumplimiento de los 10 pasos para un parto seguro. Esos 10 pasos son:

1. Tener una política sobre Maternidad Segura y ser conocida por el personal.
2. Personal capacitado en estos diez pasos.
3. Atención adecuada a la gestante y recién nacido con calidad y calidez. Promover la lactancia materna inmediata y exclusiva hasta los 6 meses y el alojamiento conjunto.
4. Dar atención prioritaria a las emergencias obstétricas, complicaciones del aborto, shock hemorrágico, shock séptico y eclampsia.
5. Tener Banco de Sangre seguro y funcionando adecuadamente.
6. Disponer de facilidades quirúrgicas, equipo de anestesia y personal capacitado para efectuar cesáreas y atender las emergencias obstétricas.

⁵³ Plan estratégico nacional para reducir la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015. Lima – Perú. Ministerio de Salud.

⁵⁴ Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia. Ley 100 de 1993. En: www.minproteccionsocial.gov.co

7. Tener el equipo mínimo necesario para la reanimación del recién nacido, para el cuidado del prematuro o con bajo peso, incluyendo “madre canguro”.
8. Disponer de medio de comunicación y transporte operativos y disponibles para atender las emergencias obstétricas que requieran ser transferidas.
9. Organizar y mantener operativo un Comité de Vigilancia de la mortalidad materna y perinatal.
10. Establecer grupos comunitarios de apoyo para identificar casos de alto riesgo y ejercer la vigilancia comunitaria de la mortalidad materna.

La iniciativa se fundamenta esencialmente en un cambio de actitudes y de comportamiento al interior de los servicios de atención materna cuyo resultado esperado es el mejoramiento de la calidad y calidez, y a través de este resultado, obtener finalmente una reducción de la mortalidad materna y perinatal.

En Colombia se han desarrollado diferentes estrategias de intervención de manera permanente, dentro de ellas, la Resolución 412 de 2000, específicamente mediante la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo⁵⁵, y a través de la política de salud sexual y reproductiva, la cual establece como prioridad la promoción de la Maternidad Segura⁵⁶.

1.4.3 Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) – OMS, UNICEF. 1996

Fue creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 1996, y se basa en un conjunto de acciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y promoción, que se brindan tanto en los servicios de salud como en el hogar y la comunidad⁵⁷.

El objetivo de la estrategia AIEPI es prevenir y controlar las enfermedades prevalentes de niños y niñas menores de cinco años -infecciosas, dolencias respiratorias y desnutrición- y promover la prevención (aumenta la cobertura en

⁵⁵ Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo. Resolución 412. Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención.

⁵⁶ Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Protección Social. Febrero de 2003.

⁵⁷ GÓMEZ RODRÍGUEZ, Héctor. La estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). Revista Colombiana de Pediatría.

vacunación y difunde prácticas básicas de cuidado), enfocando su atención en el estado de salud de niños y niñas, logrando promover condiciones que permitan el crecimiento y desarrollo saludables de los niños y niñas de la Región.

La estrategia AIEPI tiene tres objetivos:

- Reducir la mortalidad en la infancia
- Reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas
- Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de niños y niñas.

Recientemente se ha intentado extender la AIEPI al período neonatal, principalmente en la primera semana de vida, etapa en la que existe el mayor riesgo de mortalidad. Con el fin de estandarizar y validar el componente neonatal de la estrategia AIEPI, la red ChildNET de INCLEN, pretende realizar un estudio multicéntrico en siete poblaciones urbanas y en dos poblaciones rurales de Asia, América Latina y África para establecer la percepción de los principales signos y síntomas de enfermedad neonatal⁵⁸.

Se considera que el componente neonatal de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), es esencial en para disminuir las tasas de mortalidad neonatal, ya que mejora las prácticas de tratamiento y atención y permite una adecuada calidad en la evaluación, clasificación, tratamiento y seguimiento de las enfermedades que afectan la salud de la madre y del recién nacido, ayudando a reducir la incidencia de enfermedades, a evitar su agravamiento y a disminuir la ocurrencia de secuelas o complicaciones⁵⁹.

El plan de salud del municipio de Popayán, establece el proyecto de salud infantil, el cual considera la implementación de la estrategia AIEPI en su componente comunitario con su componente neonatal en el 100% de las comunas del Municipio, como uno de los pilares del mismo⁶⁰.

⁵⁸ DELGADO NOGUERA, Mario Francisco; TABARES TRUJILLO, Rosa Elizabeth; ALVARADO LLANO, Beatriz Eugenia; BEDOYA IDROBO, Luz Marina; DEL CAIRO SILVA, Carolina; CALVACHE ESPAÑA, José Andrés. Signos de alarma en enfermedad neonatal: percepciones de los cuidadores primarios y de los trabajadores de salud. Estudio colaborativo.

⁵⁹ Manual AIEPI Neonatal en el contexto materno-recién nacido-salud infantil.

⁶⁰ Secretaria de Salud del Municipio. Plan de Salud del municipio de Popayán 2008 – 2011.

1.4.4 Alianza para la salud de la madre, el recién nacido y el niño. 2005:

Nace de la unión de tres alianzas distintas de salud neonatal, materna e infantil –la Alianza para la salud de recién nacido, la Alianza para la maternidad sin riesgos y la salud del recién nacido y la Alianza para la supervivencia infantil–. Esta alianza conjunta se creó para satisfacer los ODM relativos a la salud materno-infantil, mediante el fortalecimiento y la coordinación de acciones a todos los niveles, así como promoviendo la rápida ampliación de intervenciones costo-efectivas y de comprobada eficacia, y propugnando la inversión de mayores recursos. Los objetivos de la Alianza para la salud de la madre, del recién nacido y del niño son contribuir a un uso más eficaz y efectivo de los recursos y a la coordinación de acciones mediante esta combinación de esfuerzos y fuertes lazos.

La nueva Alianza conjunta se lanzó el 12 de septiembre de 2005, en la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas. Una característica esencial de la Alianza para la salud de la madre, del recién nacido y del niño es que ha adoptado la continuidad en la atención sanitaria como marco de acción. Con ello los miembros de la Alianza tratan de aprovechar al máximo la relación entre la salud materna, neonatal e infantil, para que no quede sin abordarse ningún tema. La creación de dicha continuidad en la atención exige una actuación concertada y sostenida, así como recursos humanos y financieros, y tener una visión común⁶¹.

1.4.5 INSTITUCIONES EN SALUD QUE ENFRENTAN LA PROBLEMÁTICA EN COLOMBIA

Entre las instituciones en salud que enfrentan la problemática desde diferentes perspectivas, se encuentran:

1.4.5.1 Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de Salud:

Promueve, coordina e implementa la cooperación técnica que enfatiza el rol central de la familia y la comunidad sobre la base de la promoción de la salud. En función del mejoramiento de la calidad de la atención materno perinatal ha puesto en marcha en el país cuatro Centros asociados al Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, CLAP/OPS, con el fin de apoyar la vigilancia en salud materna y la atención con prácticas basadas en la evidencia científica.

⁶¹ SINES, Erin; TINKER, Anne; RUBEN, Julia. Perspectivas de las políticas sobre salud neonatal. La continuidad en la atención al recién nacido, madres y niños: Un esfuerzo colectivo por salvar vidas. Save the Children. Mayo, 2006.

La OPS/OMS, apoya al país en materia de vacunación con el fortalecimiento gerencial del Programa Ampliado de Inmunizaciones- PAI, especialmente en erradicación de la Polio, eliminación del sarampión y síndrome de Rubeola congénita y con la adquisición de biológicos de bajo costo a través del Fondo Rotatorio. Así mismo colabora en la introducción y la expansión de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia- AIEPI.

1.4.5.2 Instituto Nacional de Bienestar Familiar- ICBF:

Trabaja por mejorar la calidad de vida de los menores entre 0 y 7 años, en especial los más vulnerables. Las distintas modalidades de atención contemplan procesos de fortalecimiento familiar; cuidado de niños y niñas a través de servicios dirigidos a las gestantes, lactantes y menores; programas de apoyo al cuidado y formación de los niños en los Hogares Comunitarios Grupales de Bienestar; programas de complementación alimentaria y nutricional; cualificación de las relaciones intrafamiliares; fortalecimiento de vínculos afectivos, destacándose el programa Familia, Mujer e Infancia – FAMI. Todos los niños/as al cuidado del ICBF por más de seis meses obtendrán gratis la afiliación al régimen subsidiado de salud, lo que garantiza la inclusión de más de 8.000 menores y aumento de coberturas para poblaciones como la gitana y la indígena entre otras.

El instituto nacional de salud-INS enfoca la problemática desde la vigilancia. Realiza las pruebas piloto en seis departamentos sobre protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna, que en los próximos 2 años espera cubrir todo el país y adecuarlo a la mortalidad perinatal. El INS tiene el compromiso de ajustar el sistema de vigilancia de salud pública para incluir mortalidad materna y perinatal que proveer información completa y actualizadas para adecuación de políticas y toma de decisiones encaminadas a reducir esta mortalidad.

1.4.5.3 UNICEF:

Procura prevenir la mortalidad materna e infantil evitable a través del mejoramiento de la calidad de la atención en las IPS. Tiene como reto lograr que las madres embarazadas, niño/as no afiliados accedan al servicio de salud. Cuenta con experiencias de atención a adolescentes embarazadas en Bogotá, Antioquia y Nariño. Para Maternidad Segura y Atención Materno-Infantil, las estrategias adoptadas por la UNICEF incluyeron apoyo a la vacunación, a la lactancia materna, la educación nutricional y a la iniciativa “AIEPI” (atención a las enfermedades más comunes en la infancia).

1.4.5.4 Cruz Roja Colombiana:

Realiza proyectos en todo el país, con énfasis en la población materno infantil, desplazados y grupos vulnerables a los que ofrece Atención Primaria en Salud, actividades médico odontológicas, programas de vacunación y de VIH/Sida. Focalizara su atención en los departamentos de Cauca, Boyacá, Tolima, Nariño; Valles, Atlántico, Córdoba, Antioquia, Caldas Cundinamarca, Meta, Nariño, Santander y Norte de Santander, implementando la estrategia AIEPI.

1.5 MARCO LEGAL Y NORMATIVO

1.5.1 DECRETO 3039 DE 2007

Mediante este decreto se establece el Plan Nacional de Salud Pública. En él, el Ministerio de la Protección Social define cinco líneas para el desarrollo de la política en salud: promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos, recuperación y superación de los daños en la salud, vigilancia en salud y gestión del conocimiento y gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

En este decreto, además, se definen las prioridades en salud, las cuales representan áreas en las que se focalizarán los mayores esfuerzos y recursos, para lograr el mayor impacto en la situación de salud. Estas prioridades se establecen con base en las necesidades de salud, los recursos disponibles y los compromisos establecidos por la Nación en los acuerdos internacionales; son de estricto cumplimiento en la Nación, en los planes de salud territoriales y en los planes operativos de las Entidades Promotoras de Salud, EPS. Se determinaron 10 prioridades nacionales en salud:

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
7. La nutrición.
8. La seguridad sanitaria y del ambiente.
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

La salud infantil figura como la primera prioridad en salud pública, para la cual se establecen las siguientes metas: reducir a 15 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 1 año, lograr y mantener las coberturas de

vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI por encima del 95%, en niños y niñas en menores de 1 año, reducir a 24,0 por cien mil la tasa de mortalidad en menores de 5 años. Para abordar este problema prioritario de la salud infantil se proponen diversas estrategias operativas que se desarrollan en las líneas de política previstas, de la siguiente manera:

En la línea de política No. 1 promoción de la salud y la calidad de vida, se establecen como estrategias la conformación de mecanismos de coordinación y articulación para la formulación y seguimiento de los planes de salud infantil y control social de la política nacional de la primera infancia y plan nacional de niñez y adolescencia, el desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la prevención y control de las enfermedades prevalentes de la infancia, AIEPI, el desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para la promoción del buen trato al menor y la solución pacífica de conflictos, la promoción de los derechos en salud de la infancia y estilos de vida saludable y la prevención de la accidentalidad. En relación a las líneas de política No. 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, se plantean las siguientes estrategias: promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la alimentación complementaria adecuada hasta los primeros 2 años de vida, garantizar el desarrollo de la estrategia IAMI, implementar en todas las EPS e IPS la estrategia AIEPI, garantizar el desarrollo de la estrategia de vacunación sin barreras, la suplementación con vitamina A, estrategias para mejorar la prevención y control de la retinopatía perinatal, la sífilis gestacional y congénita; la detección y control del hipotiroidismo congénito, impulsar el desarrollo del programa canguro para la atención del recién nacido de bajo peso al nacer en las instituciones prestadoras de servicios de salud, mejorar el acceso y calidad en la prestación de los servicios de prevención y control de los riesgos y atención de las enfermedades que afectan a los niños y niñas, así como a sus madres durante el control prenatal y la atención del parto. En la línea política No. 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento, se propone: implementar un sistema de vigilancia para la mortalidad perinatal, neonatal e infantil, así como fortalecer la vigilancia de los riesgos y determinantes de la salud infantil, reforzar la formación continua y específica del recurso humano que se requiere para la atención integral del niño, e implementar la vigilancia multisectorial de maltrato infantil (ICBF, Instituto Nacional de Medicina Legal, comisarías de familia, personerías y policía) para realizar intervenciones con base en la información generada.

Todas estas estrategias contempladas en este decreto son de obligatorio cumplimiento por las entidades territoriales.

1.5.2 RESOLUCIÓN 412 DE 2000

Establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, y adopta las Normas Técnicas y Guías de Atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. En relación a la salud materno-infantil se exige garantizar el tratamiento de urgencia para las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y la atención básica del recién nacido con presencia de una persona calificada durante el parto. Las normas técnicas relacionadas con la salud perinatal se mencionan a continuación:

1.5.2.1 Norma de Detección temprana de las alteraciones del embarazo:

En ella se describe las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento para la atención de la mujer gestante. Mediante estas actividades se pretende vigilar la evolución del proceso de gestación de forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsicosociales, además de detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y en consecuencia orientar el tratamiento adecuado de las mismas. Para cumplir con el objetivo descrito en la norma se requiere la detección y captación temprana de las gestantes, antes de la semana 14 de gestación. Una vez captada la gestante la primera consulta debe ser realizada por el médico general, en donde se evaluará el estado de salud de la madre, se identificará los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales y se determinará el plan de controles. Si se determina que es un embarazo de bajo riesgo los siguientes controles serán realizados por enfermera de forma mensual hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto. En caso que se identifiquen características y condiciones que indiquen una gestación de alto riesgo, será el médico el encargado de realizar los controles mensualmente hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto.

En cada control se deberá realizar el examen físico completo, valoración ginecológica, valoración obstétrica (determinación de altura uterina, número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales). Se deben solicitar los siguientes exámenes paraclínicos: hemograma, hemoclasificación, uroanálisis (3, uno en cada trimestre), glicemia (en el primer y segundo trimestre) para detectar diabetes pregestacional y gestacional, ecografía obstétrica (en el primer trimestre y entre las semanas 19 a 24 de gestación), prueba Elisa para VIH, VDRL para detección de sífilis (solicitar en consulta de primera vez y en el tercer trimestre si hay riesgo de infección de transmisión sexual), frotis de flujo vaginal en caso de leucorrea o riesgo de parto prematuro y citología cervical. Toda gestante se le deberá formular micronutrientes: Sulfato Ferroso, Acido Fólico y Calcio durante la gestación; suplementos necesarios para prevenir complicaciones durante el embarazo.

En cada control prenatal la madre, su compañero y la familia debe recibir educación acerca de medidas higiénicas, dieta, sexualidad, sueño, vestuario, ejercicio y hábitos adecuados, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y la atención institucional del parto, importancia de la estimulación del feto, preparación para la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años, fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el autocuidado como factores protectores, prevención de la automedicación y del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación, orientación sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, brindar consejería en planificación familiar. Se debe remitir a la madre al curso de preparación para el parto.

En caso de encontrar riesgos biológicos, nutricionales y psicosociales el médico o enfermera deberá remitir a la gestante al profesional de salud indicado, para asegurar la atención oportuna de su estado.

1.5.1.2 Norma para la Atención del Parto:

Describe las actividades, procedimientos e intervenciones a realizar para disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la mujer y del producto del embarazo a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria del parto. Tiene como objetivos: disminuir las tasas de morbilidad maternas y perinatales, reducir y controlar las complicaciones del proceso del parto y prevenir la hemorragia postparto.

Una vez ingresa la gestante en trabajo de parto se debe indagar sus antecedentes personales (patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos y farmacológicos) y familiares, realizar una anamnesis completa acerca del inicio de síntomas, realizar el examen físico que incluya valoración del aspecto general, revisión completa por sistemas, valoración del estado emocional y valoración obstétrica. Si es necesario se debe solicitar VDRL y Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal.

La presencia de factores de riesgo biológico o psico-sociales condicionarán la necesidad de una remisión a un centro de mayor complejidad, si el momento del trabajo de parto lo permite.

En la primera fase del parto (dilatación y borramiento) debe explicarse a la madre y su familiar la situación de la gestante y hacer énfasis en el apoyo psicológico a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración. Se deberá: canalizar vena periférica, tomar signos vitales, iniciar el registro en el partograma, evaluar la actividad uterina, fetocardia, realizar tacto vaginal de

acuerdo con la indicación médica. El parto debe ser atendido por el médico y asistido por personal de enfermería.

Para la atención del segundo periodo del parto (expulsivo) es necesario evaluar el estado de las membranas, si se encuentran intactas, se procede a la amniotomía y al examen del líquido amniótico. El pujo voluntario sólo debe estimularse durante el expulsivo y en las contracciones. En caso tal de que el líquido amniótico este meconiado y haya progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si estas son favorables la gestante deberá ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico.

La atención del recién nacido debe hacerse de acuerdo con la Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido.

Durante la atención del alumbramiento o salida de la placenta es importante tener en cuenta que durante este período ocurre el mayor número de complicaciones graves y eventualmente fatales, por lo que debe vigilarse estrechamente. Una vez salga la placenta se debe verificar la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos. Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos. Para prevenir la hemorragia postparto por atonía uterina una vez ha ocurrido el alumbramiento, se administra una infusión I.V. de 5-10 Unidades de Oxitocina diluidas en 500 o 1.000 cc de Cristaloides.

La atención de la madre no solo se queda en el proceso de parto, sino además, incluye la atención de la misma durante el puerperio inmediato es decir las dos primeras horas postparto es necesario vigilar los signos vitales maternos, formación del globo de seguridad, el sangrado genital y la episiotomía para descartar la formación de hematomas.

En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutoria de la institución y si es necesario deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento.

Después de las primeras 2 hasta las 48 horas postparto se continuara con la vigilancia de la involución uterina, el aspecto de los loquios, vigilancia clínica para detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia, infección puerperal, taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos, además es necesario promover la deambulacion temprana y la alimentación adecuada a la madre.

Si no se han presentado complicaciones se puede dar de alta a la madre con su recién nacido. Para dar salida a la madre y el recién nacido se debe brindar información a la madre sobre: medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido, signos de alarma de la madre, importancia de la lactancia materna exclusiva, puericultura básica, alimentación adecuada para la madre, métodos de planificación familiar, inscripción al recién nacido en los programas de crecimiento y desarrollo y vacunación, estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar y entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata; además de programar la cita de control de puerperio para la gestante después de los primeros 7 días del parto.

1.5.1.3 Norma Técnica para la Atención al Recién Nacido

Comprende el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones a realizar para la atención humanizada y de calidad para lograr un recién nacido sano.

Una vez nace el niño se debe proceder a realizar medidas que le permitan al recién nacido adaptarse al medio exterior, las cuales incluyen: secar al recién nacido, succión de las vías aéreas, es de vital importancia la valoración del APGAR en el primer minuto, con énfasis en esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca y color, para definir la conducta a seguir con el neonato. Si el APGAR es < de 4, se debe valorar la capacidad resolutive de la institución y remitir a nivel de mayor complejidad. Si está entre 5 a 7, valorar la capacidad resolutive de la institución y remitir a nivel de mayor complejidad. Apoyar el curso espontáneo de la adaptación si el APGAR es de 7 o más.

El pinzamiento del cordón umbilical va a depender de ciertos criterios clínicos, este puede ser habitual se realiza en condiciones normales (se hace entre los 45 segundos a 1 minuto y 15 segundos); el pinzamiento inmediato es necesario en caso de sangrado placentario grave; el pinzamiento precoz se requiere en caso de hijo de madre con diabetes y con toxemia, isoimmunización materno-fetal grave sin tratamiento antenatal adecuado, para reducir el paso de anticuerpos maternos a la circulación fetoneonatal y Miastenia Gravis; y el Pinzamiento Diferido en caso de prolapso y procidencia del cordón, nacimiento en podálica, ruptura prolongada de membranas. Para el tamizaje de hipotiroidismo congénito TSH (Hormona estimulante del tiroides) TSH neonatal y la hemoclasificación, la muestra se debe ser tomada del extremo placentario del cordón umbilical.

Una vez realizada la succión de secreciones aéreas, se debe secar y abrigar al niño para evitar enfriamiento. Si está en buenas condiciones, colocarlo en el abdomen materno para fomento del vínculo afectivo e inicio inmediato de la

lactancia materna. La toma de medidas como peso, talla, perímetro cefálico y torácico, deben realizarse de rutina a todo recién nacido y deben ser registradas en la historia clínica.

La atención del recién nacido durante las primeras cuatro horas de vida debe ser prestada por el médico y por el personal de enfermería. El médico deberá realizar examen físico general del recién nacido para: diagnosticar identidad sexual, calcular edad gestacional, evaluar correlación de peso para la edad gestacional, descartar malformaciones e infección, comprobar permeabilidad rectal y esofágica, en caso de complicaciones del neonato deberá remitir a nivel de mayor complejidad si es el caso. Enfermería por su parte deberá: administrar 1 mg intramuscular de Vitamina K, realizar profilaxis oftálmica, aseo general y vestir adecuadamente, alojar junto con la madre y apoyar la lactancia materna exclusiva a libre demanda, sin que excedan tres horas de intervalo, controlar los signos vitales, mantenerlo a temperatura adecuada, vigilar estado del muñón umbilical, verificar presencia de deposiciones y orina, vigilar condiciones higiénicas y del vestido.

Es necesario, además, iniciar el esquema de vacunación con aplicación de BCG, antihepatitis B y antipolio, brindar educación a la madre sobre: nutrición, puericultura y detección de signos de alarma o complicaciones, inscripción del recién nacido para la valoración de su crecimiento y desarrollo y esquema completo de vacunación, registro civil del recién nacido, inscripción del niño y la niña en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, fortalecimiento de los vínculos afectivos entre madre, padre e hijo o hija, dar de alta y citar a control a las 72 horas siguientes al nacimiento.

La consulta médica de control del recién nacido incluye las siguientes actividades: verificar la vía oral al seno, los hábitos de micción y deposición, examen físico completo: vigilar el adecuado desempeño cardiorespiratorio, vigilar adecuadas condiciones de actividad, reactividad, perfusión, fuerza, color, temperatura, tono y fuerza, y de gran importancia evaluar conductas y cuidados maternos del recién nacido y dar las indicaciones pertinentes.

1.5.3 PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. 2010

Mediante este documento el Instituto Nacional de Salud a través de la Subdirección de vigilancia y control en salud pública define la metodología para la notificación, recolección y análisis de los datos que orientarán las medidas de prevención y control de la mortalidad perinatal y neonatal a nivel nacional, departamental y municipal según se requiera.

El caso de muerte perinatal se define como la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o de más de 500 gramos de peso y los siete días completos después del nacimiento o en neonatos.

El flujo de información que se sigue una vez se presenta un caso de muerte perinatal inicia desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD), la cual es generalmente la institución prestadora de servicios de salud, quien debe notificar el caso al municipio, el municipio por su parte deberá notificar el caso al departamento y éste a su vez realizara la notificación del caso al Instituto Nacional de Salud. Desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores.

La notificación de los casos de mortalidad perinatal, se debe hacer de forma inmediata una vez se presenta el caso se notifica al municipio y semanal en donde el municipio notifica el caso al departamento o al distrito. Es también, responsabilidad del departamento/distrito reportar a la nación.

El análisis del caso de muerte perinatal se realiza mediante investigación individual y los resultados de la metodología “periodos perinatales de riesgo” la cual puede ser desarrollada en las IPS, localidades y municipios con alto volumen de muertes perinatales.

El Instituto Nacional de Salud propone esta metodología, para el estudio de las muertes perinatales, consiste en una matriz de 16 celdas, cada una de las cuales representa dos aspectos de la salud perinatal: el resultado perinatal según peso y edad al morir y los determinantes de estos resultados salud materna, atención materna – neonatal - infantil.

Para definir la edad al morir se reconocen cuatro periodos:

- Durante el embarazo (22 semanas de gestación o > 500 gramos de peso hasta el inicio del trabajo de parto)
- Durante el trabajo de parto (desde el inicio del trabajo de parto hasta el nacimiento)
- Pre alta (en la institución de salud antes de que el recién nacido abandone el servicio o en la casa antes de que el médico termine el manejo domiciliario)
- Post alta (cuando el recién nacido se da de alta hasta los 7 días de edad)

Para los grupos de peso se escogen cuatro categorías:

- Peso extremadamente bajo (menos de 1000 gramos)
- Muy bajo peso al nacer (menos de 1.500 gramos)
- Peso al nacer bajo intermedio (1.500 a 2.499 gramos)
- Peso normal (igual o mayor de 2.500 gramos)
- Peso bebe macrosómico (> o igual a 4000 gramos)

El cruce de estas dos variables arrojará los posibles determinantes de las muertes perinatales, clasificándolos en condiciones de salud materna, cuidados prenatales, cuidados Intraparto, cuidados del recién nacido institucionales, cuidados del recién nacido postalta (ver Figura No. 1)

Figura No. 1. Matriz Periodos Perinatales de Riesgo. Protocolo de Vigilancia y Control de la Mortalidad Perinatal. Instituto Nacional de Salud. 2010

PESO/ MOMENTO OCURRECIA	ANTEPARTO	INTRAPARTO	PREALTA	POSTALTA	NACIDOS VIVOS	TOTAL NACIDOS VIVOS + MUERTOS
< 1000 gramos	Blue	Blue	Blue	Pink	Grey	Yellow
1000 - 1499 gramos	Blue	Blue	Blue	Pink	Grey	Yellow
1500 - 2499 gramos	Orange	Red	Green	Pink	Grey	Yellow
2500 - 3999 gramos	Orange	Red	Green	Pink	Grey	Yellow
>= 4000 gramos	Orange	Red	Green	Pink	Grey	Yellow
TOTAL	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Grey	Yellow

Los resultados obtenidos de la utilización de la matriz se interpretarán de la siguiente manera:

Blue	SALUD MATERNA
Orange	CUIDADOS PRENATALES
Red	CUIDADOS INTRAPARTO
Green	CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO INSTITUCIONALES
Pink	CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO Y NEONATAL TARDIA POSTALTA

Fuente: Instituto Nacional de Salud, 2010.

2. METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo, con estrategias de recolección de datos cuanti-cualitativos, de las muertes ocurridas entre Enero de 2007 a Junio de 2009 en el Hospital Universitario San José de Popayán.

2.2 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

Todas las muertes perinatales ocurridas entre el periodo entre Enero de 2007 a Junio de 2009 en el Hospital Universitario San José de Popayán. El total de casos reportados fueron 169.

Para efectos de obtener una adecuada información, el estudio se organizó en 2 partes; una primera fase cuantitativa, que tenía como objetivo identificar los factores de orden biológico, para la cual se obtuvo un total de 130 casos, puesto que 39 historias clínicas no se encontraron en el área de estadística. La segunda fase fue de carácter cualitativo, mediante ésta se busco profundizar los factores de orden psicológico, se contó con 8 madres.

2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Para la fase cuantitativa del estudio, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Toda muerte fetal mayor de 500 gramos o mayor de 22 semanas de gestación ocurrida en el Hospital Universitario San José de Popayán.
- Todo nacido vivo con peso mayor de 500 gramos o mayor de 22 semanas de gestación, que haya muerto antes de los 7 días de nacido en el Hospital Universitario San José de Popayán.
- Existencia de historia clínica completa del caso de muerte perinatal en el área de estadística del Hospital Universitario San José de Popayán.

Para la fase cualitativa del estudio, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

Madre de feto o recién nacido muerto mayor de 500 gramos o mayor de 22 semanas de gestación o que haya muerto antes de los 7 días de nacido en Hospital Universitario San José de Popayán, con:

- Existencia de la historia clínica del caso de muerte perinatal en el área de estadística, con registro de número telefónico activo.
- Acepte participar en el estudio presente.

Se excluyó el 23,07% (39/169) de los casos reportados, porque no se encontraron las historias clínicas en el área de estadística del Hospital Universitario San José, para proceder con su respectiva revisión.

Para la segunda fase, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Se excluyó 46,92% (61/130) del total de las historias clínicas revisadas, en ellas no se encontró registro telefónico.
- De la población en la que se identificó número telefónico, se excluyeron el 39,13% (27/69) casos, por no encontrarse activo el número telefónico, de esta población se excluyó el 44,92% (31/69) casos por no obtener respuesta a pesar de varios intentos de llamada en repetidas ocasiones, y por ser números errados.

2.4 VARIABLES

Se tuvo en cuenta cinco variables con sus respectivos indicadores (Ver Anexo A.)

1. Características Sociodemográficas de la población a estudio
2. Condiciones biológicas maternas.
3. Condiciones biológicas del feto o recién nacido.
4. Factores psicológicos presentes en las madres a estudio.
5. Atención de la madre durante la gestación y el parto

2.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACION

2.5.1 Fuentes de información:

Para dar cumplimiento a los objetivos que hacen referencia a la caracterización sociodemográfica de la población a estudio, identificación de factores biológicos maternos y del feto o recién nacido, y caracterización de la atención de la madre durante el embarazo y el parto, se hizo revisión de las historias clínicas de las pacientes y/o casos (madres de los niños fallecidos), que egresaron en el Hospital Universitario San José de Popayán con el diagnóstico de muerte entre la semana 22 de gestación o mayores de 500 gr de peso, hasta los 7 días de nacido; las cuales son fuentes de información secundaria. Se hizo la revisión de 130 historias clínicas.

Con el fin de dar cumplimiento al objetivo que hace referencia a la identificación de los factores psicológicos, se realizaron entrevistas estructuradas por vía telefónica a las madres objeto de estudio; la cual es una fuente de información primaria. Fue necesario recurrir a la llamada telefónica, porque la mayoría de las pacientes residían en municipios diferentes a Popayán y en áreas rurales de difícil acceso.

2.5.2 Recolección de datos:

Para la recolección de la información, se utilizaron dos Instrumentos. El primer instrumento de recolección es un cuestionario que contiene 4 variables: características sociodemográficos de la población a estudio, condiciones biológicas maternas, condiciones biológicas del feto o recién nacido y atención de la madre durante la gestación y el parto. El segundo instrumento es una entrevista estructurada dirigida a las madres que participaron en el estudio, la cual contiene, la cuarta variable: factores psicológicos presentes en las madres.

El instrumento N°1 (Ver Anexo B) fue sometido a revisión de 3 expertos: un médico gineco-obstetra del Hospital Universitario San José y docente de la Universidad del Cauca, la enfermera jefe del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Universitario San José y una enfermera Msp. en Salud Pública, quienes realizaron los ajustes correspondientes. Se adaptó el instrumento de acuerdo a las recomendaciones dadas por los evaluadores. Posteriormente, se revisaron las historias clínicas, para lo cual se utilizó el instrumento N°1. Concomitantemente a la revisión de historias clínicas se recogieron los datos de identificación, dirección y teléfono de la madre, para el contacto de las participantes, mediante llamadas telefónicas.

El instrumento N°2 (Ver Anexo C) fue revisado por una psicóloga, docente de la Universidad del Cauca. El instrumento fue sometido a prueba piloto, y una vez finalizada se realizaron los ajustes pertinentes.

Posteriormente, se dio inicio a la aplicación del instrumento N°2, mediante realización de entrevista por vía telefónica:

Para la entrevista inicialmente se revisó las historias clínicas para buscar el contacto, de este procedimiento se obtuvo 61 casos, de los cuales 42 tenían el teléfono activo y 19 se estaban fuera de servicio.

Se hizo 3 intentos de llamadas: 11 casos no contestaron el teléfono, en 20 casos el número fue errado. Se obtuvo respuesta en 11 casos, de los cuales, tres no desearon participar en el estudio. El trabajo, finalmente se pudo realizar con 8 casos, en quienes se aplicó la entrevista.

Inicialmente se hizo el primer contacto con la madre por vía telefónica, comenzando con la presentación del entrevistador, explicación de los objetivos del estudio y por último se leyó el consentimiento informado; con las madres que aceptaron la participación en el estudio, se acordó el día y la hora para la realización de la entrevista.

El desarrollo de la entrevista se llevó a cabo por vía telefónica en horas de la mañana (9:00 – 12:00 a.m), con el siguiente procedimiento:

1. Saludo (2 minutos)
2. Presentación del entrevistador (3 minutos)
3. Explicación del procedimiento de la entrevista (3 minutos)
4. Entrevista (20 minutos)
5. Despedida cordial y agradecimientos por la participación (2 minutos)

La entrevista tuvo una duración total de 45 minutos.

2.6 MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Una vez se finalizó el período de recolección de los datos del instrumento N°1, la información fue procesada y analizada utilizando el paquete estadístico computarizado SPSS versión 10.

Las variables cuantitativas que al principio se tomaron como de razón, tales como: Edad, Aborto, cesárea, número de nacidos muertos, intervalo intergenésico, edad gestacional al momento del parto, edad del recién y peso del recién nacido; posteriormente fueron recodificadas en categorías, para facilitar su manejo.

Para el análisis univariado, la información fue resumida en tablas de distribución de frecuencia para cada una de las variables. Se utilizaron algunas medidas de tendencia central, como: media, mediana, moda, desviación estándar, valor mínimo y máximo, las cuales se hallaron a las variables de razón: edad cronológica de la madre, gestas, paridad, abortos, cesárea, número de nacidos muertos, intervalo intergenésico, edad del recién nacido, pesos del feto o recién nacido, APGAR del recién nacido, número de controles prenatales y tiempo de traslado al sitio de atención.

La información obtenida mediante entrevista, se tabuló de forma manual, se halló frecuencia absoluta y densidad de incidencia para las variables a estudio. Se realizaron mapas conceptuales para presentar los resultados.

En el siguiente cuadro se describen las diferentes mediciones por cada uno de los objetivos propuestos en la investigación:

Cuadro 1. Descripción del plan de análisis acorde con los objetivos propuestos. Factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Enero, 2007 a Junio, 2009.

OBJETIVO	MEDICIÓN
GENERAL	
<p>Identificar los factores bio-psico-sociales presentes en las muertes perinatales ocurridas en el Hospital Universitario San José, entre los periodos Enero, 2007- Junio 2009.</p>	<p>Mediante las variables independientes: sociodemográficas, condiciones biológicas maternas, condiciones biológicas del feto o recién nacido, factores psicológicos de las madres a estudio, caracterización de la atención de la madre durante el embarazo y el parto.</p>
ESPECÍFICOS	
<p>Caracterizar socio demográficamente la población a estudio.</p>	<p>Se determinó la frecuencia absoluta y porcentaje de presencia en las madres de los casos de muerte perinatal, para las variables independientes sociodemográficas: estado civil, escolaridad, ocupación, procedencia y régimen de salud. Para la variable cuantitativa edad se determinó algunas medidas de tendencia central, como: media, mediana, moda, desviación estándar y valor mínimo y máximo.</p>
<p>Determinar las condiciones biológicas maternas de la población a estudio.</p>	<p>Se determinó la frecuencia absoluta y porcentaje de presencia en las madres de los casos de muerte perinatal, para la variable independiente patologías durante el embarazo. Las variables cuantitativas: gestas, paridad, aborto, cesárea, numero de nacidos muertos, intervalo intergenésico y edad gestacional, se describieron con medidas de tendencia central, como: media, mediana, moda, desviación estándar y valor mínimo y máximo. Posteriormente, estas variables se recodificaron, para facilitar su manejo, y una vez así, se determinó frecuencia absoluta y porcentaje.</p>

<p>Identificar las condiciones biológicas en las que se encontraba el feto o recién nacido en el momento de la muerte.</p>	<p>Se determinó la frecuencia absoluta y porcentaje de presencia en las madres de los casos de muerte perinatal, para las variables independientes de condiciones biológicas del feto o recién nacido: patologías del feto o recién nacido y momento en que ocurrió la muerte.</p> <p>Las variables cuantitativas: edad del recién nacido, peso y APGAR del recién nacido, se aplicó medidas de tendencia central, como: media, mediana, moda, desviación estándar, valor mínimo y máximo. Posteriormente, estas variables se recodificaron, para facilitar su manejo, y una vez así, se determinó frecuencia absoluta y porcentaje de presentación de las mismas.</p>
<p>Identificar los factores psicosociales presentes en las muertes perinatales.</p>	<p>A las variables planeación del embarazo, estado civil, y sentimientos del cónyuge ante la noticia del embarazo, se les determinó frecuencia absoluta y se ordenaron en una categoría denominada: aceptación del embarazo, la cual se presentó en un mapa conceptual. Para la variable de convivencia en pareja se halló frecuencia absoluta; en las variables frecuencia del dialogo en pareja y tipo de decisiones en pareja se halló densidad de incidencia; estas tres variables se graficaron en un mapa conceptual dando lugar a una categoría denominada: calidad de relación con la pareja.</p> <p>En relación a la variable presencia de apoyo familiar se determinó la frecuencia absoluta, mientras para las variables: persona que aporta el apoyo y tipo de apoyo, se determinó densidad de incidencia; estas variables se agruparon en una categoría denominada: apoyo familiar, la cual se presentó en un mapa conceptual.</p> <p>La variable: síntomas de humor depresivo se halló densidad de incidencia, por otro parte las variables tipo de trabajo y horas dedicadas al trabajo se les determinó frecuencias absolutas. Estas variables se agruparon dando lugar a la variable: sintomatología de estrés.</p> <p>En relación a la variable síntomas de humor depresivo se halló densidad de incidencia, esta variable se relacionó con la convivencia en pareja, dando lugar a la categoría presencia de humor depresivo en las madres sujetas de estudio.</p>

<p>Identificar el proceso de atención de la madre durante el embarazo y el parto.</p>	<p>Las variables cuantitativas: número de controles prenatales y tiempo de traslado al sitio definitivo de atención se describieron con medidas de tendencia central, como: media, mediana, moda, desviación estándar y valor mínimo y máximo. Posteriormente, estas variables se recodificaron, para facilitar su manejo, y una vez así, se determinó frecuencia absoluta y porcentaje.</p> <p>Se determinó la frecuencia absoluta y porcentaje de presencia en las madres de los casos de muerte perinatal, para las variables: inicio de control prenatal, lugar de asistencia al control prenatal, lugar de atención al inicio del trabajo de parto, remisión a un nivel de atención superior, tiempo de traslado al sitio definitivo de atención, lugar donde termina la gestación, persona que atendió el parto y vía de finalización del parto.</p>
---	--

2.7 CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio fue considerado como de riesgo mínimo para los participantes, según Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Se solicitó por medio de una carta (Ver Anexo D.) dirigida al coordinador del área de estadística del Hospital Universitario San José, la autorización para acceder a la revisión de las historias clínicas para el estudio.

No se registraron datos de identificación con el fin de guardar la confidencialidad de la información recolectada y el anonimato de los sujetos, la información obtenida fue conocida exclusivamente por los investigadores.

En el momento de la aplicación de la encuesta estructurada, por vía telefónica se leyó el consentimiento informado, dando a conocer a la madre los propósitos y el alcance de la investigación. (Ver Anexo E).

RESULTADOS

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Con relación a la edad de la madre el promedio fue de 26,16 años, la mediana de 25, la moda de 21, con una desviación estándar de 7,84, un valor mínimo de 13 años y un valor máximo de 51 años.

De acuerdo al estado civil de las madres, la mayoría correspondían a mujeres que se encontraban en unión libre con un 56,2% (73/130), seguido de las mujeres solteras con un 24,6% (32/130), y en último lugar las mujeres casadas con un 19,2% (25/130).

El nivel de escolaridad predominante de los casos a estudio fue la primaria incompleta con el 32,3% (42/130), seguido de las mujeres con estudios de secundaria incompleta con un porcentaje del 28,5% (37/130), la primaria incompleta se encontró en el 25,4% (33/130) de los casos, en menor frecuencia se encontraron secundaria completa con un 9,2% (12/130), técnico en un 2,3% (3/130), sin escolaridad el 1,5% (2/130) y con nivel universitario solo fue reportado en 0,8% (1/130).

En la variable ocupación se encontró que la gran mayoría de las mujeres eran amas de casa 80,8% (105/130), en un porcentaje menor se encontraban las estudiantes con un 9,2% (12/130), mujeres empleadas en un el 6,9% (9/130) y aquellas que trabajaban independiente se encontraron en un 2,3% (3/130). No reportaron tener ninguna ocupación el 0,8% (1/130).

Con respecto a la zona de procedencia, hubo un predominio de las mujeres provenientes de la zona centro (municipios: Popayán, Tambo, Morales, Piendamó, Cajibío, Timbio, Rosas, La Sierra y Sotara) con un 53,8% (70/130), seguido por la mujeres procedentes de zona sur 19,2% (25/130), la zona oriente (Toribio, Jámbalo, Caldono, Silvia, Inzá, Páez, Purace) 16,9% (22/130) y por último la zona norte (Puerto Tejada, Miranda, Padilla, Corinto, Caloto, Santander de Quilichao, Buenos Aires, Villa Rica) 10,0% (13/130).

En lo relacionado con el régimen de seguridad social en salud, la mayor parte de las madres se encontraban afiliadas al régimen subsidiado encontrándose en un 59,2% del total de casos (77/130), seguido en orden de importancia por las vinculadas al Sistema de Seguridad Social en Salud con un 33,1% (43/130), pertenecían al régimen contributivo el 6,9% (9/130), solo el pertenecía al régimen desplazado el 0,8% (1/130). Ver tabla 2.

Tabla 2. Distribución porcentual de mortalidad perinatal según características sociodemográficas de la madre. Factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Popayán. Enero 2007 a Junio 2009. N = 130

VARIABLE	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	
Edad de la madre	Media	26,16
	Mediana	25
	Moda	21
	Desviación Estándar	7,84
	Valor Mínimo	13
	Valor Máximo	51
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Estado civil		
Casada	25	19,2
Unión Libre	73	56,2
Soltera	32	24,6
Escolaridad		
Ninguna	2	1,5
Primaria Incompleta	42	32,3
Primaria Completa	33	25,4
Secundaria Incompleta	37	28,5
Secundaria Completa	12	9,2
Técnico	3	2,3
Universitario Completo	1	0,8
Ocupación		
Estudiante	12	9,2
Ama de Casa	105	80,8
Empleada	9	6,9
Trabajo Independiente	3	2,3
Ninguno	1	0,8
Procedencia		
Urbano	36	27,7
Rural	94	72,3

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Zona de procedencia		
Zona Sur	25	19,2
Zona Centro	70	53,8
Zona Norte	13	10,0
Zona Oriente	22	16,9
Régimen de salud		
Contributivo	9	6,9
Subsidiado	77	59,2
Vinculado	43	33,1
Desplazado	1	0,8

Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

3.2 CONDICIONES BIOLÓGICAS MATERNAS

En relación con el número de gestas se encontró una media de 2.58 embarazos, mediana de 2 embarazos, moda de 1 embarazo, con un valor mínimo de 1 embarazo y máximo de 7 embarazos.

En cuanto a la paridad se halló una media de 1,16 partos, mediana de 1, con una desviación estándar de 1,40, un valor mínimo de 0 partos y un máximo de 6 partos.

Con respecto al número de abortos como antecedente, se tuvo una media de 0,22, desviación estándar fue de 0,48, con un valor mínimo de 0 abortos y un máximo de 2 abortos. Al hacer referencia al número de cesáreas, se encontró una media de 0,15 cesáreas, con una desviación estándar de 0,42 y un valor mínimo de 0 y máximo de 2 cesáreas.

En el intervalo intergenésico se encontró una media de 43,46 meses, una mediana de 26 meses, una moda de 24 meses, con una desviación estándar 37,31 y un valor mínimo de 12 meses y un máximo de 205 meses.

La edad gestacional promedio fue de 31,79 semanas, con una mediana de 32 semanas, una moda de 28 semanas, desviación estándar de 5,29, valor mínimo de 22 semanas y máximo de 42 semanas. Ver tabla 3.

Tabla 3. Medidas de tendencia central variables de razón. Condiciones Biológicas Maternas. Factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Popayán. Enero 2007 a Junio 2009. N=130

VARIABLE	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL					
	Media	Mediana	Moda	Desv. Estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
Gestas	2.58	2	1	1,61	1	7
Paridad	1,16	1,0	0	1,40	0	6
Aborto	0,22	0	0	0,48	0	2
Cesárea	0,15	0	0	0,42	0	2
Intervalo Intergenésico (meses)	43,46	26,00	24	37,31	12	205
Edad Gestacional	31,79	32,00	28	5,29	22	42

Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

Según grupo etáreo predominó las mujeres entre 20 a 29 años con 44,6% (58/130), seguido en orden de importancia por el grupo de 30 a 39 años con 26.2% (34/130) y el de 10 a 19 años con un 22.3% (29/130). Los grupos de menor porcentaje fueron el de 40 a 49 años con 6.2% (8/130) casos y por último el grupo de mujeres entre 50 a 59 años con solo 1/130 caso que equivale al 0.8%.

Según el número de embarazos, se encontró un predominio de las multigestas (mujeres con 2 a 5 embarazos) con un 53,8% (70/130), seguido de las primigestas con 38,5% (50/130) y gran multigestas (mujeres con más de 6 embarazos) con un 7,7% (10/130).

En cuanto a la paridad, sobresalieron las mujeres que registraron no haber tenido parto alguno en un porcentaje de 43,8% (57/130), las multíparas (mujeres con 2 a 5 partos) representaron el 32,3% (42/130), mientras que aquellas que registraron haber tenido un parto anteriormente se presentaron en un 23,1% (30/130), las gran multíparas (tener una paridad mayor de 6) se encontraron en 0,8% de los casos (1/130).

Al considerar el antecedente de aborto, la gran mayoría reportó negativamente este evento con un 81,5% (106/130), solamente notificaron haber tenido un aborto anteriormente un 15,4% (20/130) y reportaron 2 abortos el 3,1% (4/130). Según el antecedente de cesáreas, se encontró que la gran mayoría reportaron no tener cesáreas con un 87,7% (114/130), quienes reportaron positivamente este evento presentando 1 cesárea fueron el 10,0% (13/130), solo registraron haber tenido 2 cesáreas el 2,3% (3/130). En cuanto al número de óbitos, no reportaron tener antecedentes de óbito el 93,8% (122/130), registraron haber tenido un óbito el 5,4% (7/130), mientras que el haber tenido 2 óbitos se reportó en 0,8% (1/130).

En cuanto al periodo intergenésico, las mujeres reportaron tener embarazos previos con un tiempo menor a 2 años, en 42,5% (34/80), mientras que, quienes reportaron de 3 a 4 años representaron el 35,0% (28/80). El intervalo mayor de 5 años se presentó en el 22,5% (18/130) de los casos.

Al considerar la edad gestacional, la mayoría de los casos se presentaron en edades gestacionales comprendidas en el periodo a término (entre las semanas 38 a 42) en un 90,0% (117/130). Las muertes perinatales sucedidas durante el período pre término correspondió a un 10% (13/130).

En relación a las patologías que presentaron las madres durante el embarazo, aquellas que se manifestaron en mayor frecuencia fueron: ruptura prematura de membranas con un 29,2% (38/130), seguido en orden de importancia por la preeclampsia con un 15,4% (20/130) y las infecciones de vías urinarias con igual porcentaje, la amenaza de parto pretérmino tuvo una frecuencia del 12,3% (16/130). Otras infecciones, como las ITS (Infecciones de transmisión sexual), las infecciones intraamnióticas, la corioamnionitis y la sepsis materna se presentaron en el 6,2% (8/130), mientras que, las hemorragias de la segunda mitad del embarazo se encontraron en el 5,4% de las mujeres (7/130).

El ítem otras patologías se registró en el 4,6% de los casos (6/130), dentro de las cuales se destacaron: epilepsia, depresión, ruptura uterina y ciertas condiciones como, mala posición fetal. Eclampsia se presentó en un porcentaje del 3,8% (5/130), diabetes pregestacional en un 2,3% (3/130), diabetes gestacional y hemorragias de la primera mitad del embarazo presentaron un pequeño porcentaje de apariciones, 0,8% (1/130) respectivamente. Ver tabla 4.

Tabla 4. Distribución porcentual de mortalidad perinatal según condiciones biológicas de la madre. Factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Popayán. Enero 2007 a Junio 2009. N= 130

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Edad		
10-19 años	29	22,3
20-29 años	58	44,6
30-39 años	34	26,2
40-49 años	8	6,2
50-59 años	1	0,8
Gestas		
Primigesta	50	38,5
Multigesta	70	53,8
Gran Multigesta	10	7,7
Paridad		
Nulípara	57	43,8
Primípara	30	23,1
Múltipara	42	32,3
Gran Múltipara	1	0,8
Aborto		
Ninguno	106	81,5
Uno	20	15,4
Dos	4	3,1
Cesárea		
Ninguna	114	87,7
Una	13	10,0
Dos	3	2,3
No. de nacidos muertos		
Ninguno	122	93,8
Uno	7	5,4
Dos	1	0,8
Intervalo Intergenésico		
Menos de 2 años	34	42,5
3 a 4 años	28	35,0
Mayor de 5 años	18	22,5
Edad Gestacional		
Embarazo Pretérmino	13	10,0
Embarazo a Término	117	90,0

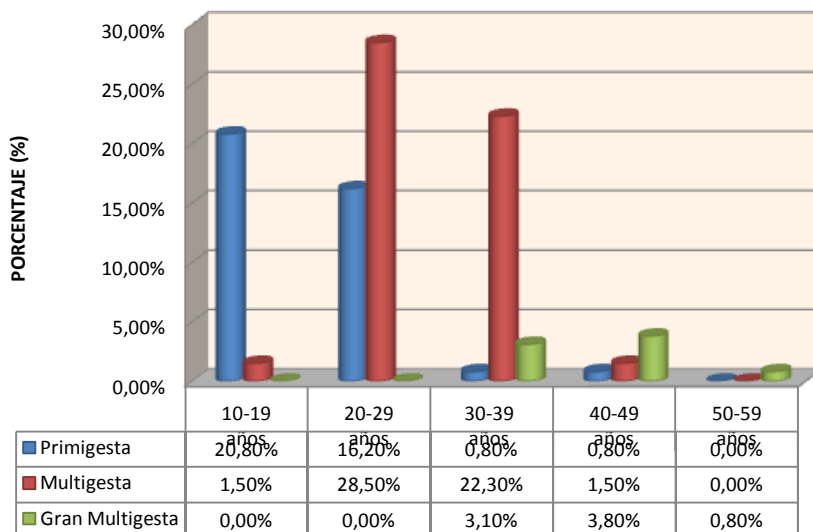
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Patologías durante el embarazo		
Diabetes Pregestacional	3	2,3
Diabetes Gestacional	1	0,8
Pre eclampsia	20	15,4
Eclampsia	5	3,8
Hemorragias de la primera mitad del embarazo	1	0,8
Hemorragias de la segunda mitad del embarazo	7	5,4
Infecciones Urinarias	20	15,4
Otras Infecciones	8	6,2
Amenaza de Parto Pretérmino	16	12,3
Ruptura Prematura de Membranas	38	29,2
Otros	6	4,6
Ninguna	5	3,8

Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

En la distribución porcentual de gestas según edad de la madre se encontró que en los casos a estudio predominaron las multigestas (mujeres con 2 a 5 embarazos) en 70 casos que corresponden al 53,8% de la población total (130), esta condición se presentó en mayor proporción en el grupo de mujeres entre 20 a 29 años con un porcentaje del 28,5% (37/130) y en el grupo entre 30 a 39 años, con un porcentaje del 22,30% (29/130), en menor porcentaje se presentaron en los grupos etareos de mujeres entre 10 a 19 años y 40 a 49 años con un 1,5% (2/130) respectivamente. Las primigestas se presentaron en 50 casos que corresponden al 38,5% de la población total (130), dentro de estas predominaron las mujeres entre 10 a 19 años con un porcentaje del 20,8% (27/130), seguido de las mujeres entre 20 a 29 años en un 16,2% (21/130), en menor proporción se encuentran los grupos etareos que comprenden 30 a 39 años y 40 a 49 años en donde se presentó en el 0,8% (1/130) respectivamente.

Por último, se encontraron las gran multigestantes en 10 casos que representan el 7,7%, esta situación se presentó en su mayoría en las mujeres entre 40 a 49 años con un 3,8% (5/130), seguido por las mujeres entre 30 a 39 años con un 3,1% (4/130), presentándose en un porcentaje mucho menor en las mujeres entre 50 a 59 años en un 0,8% (1/130). Ver Figura 2.

Figura 2. Distribución porcentual de gestas según edad de la madre. Factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Popayán. Enero 2007 a junio 2009. N = 130

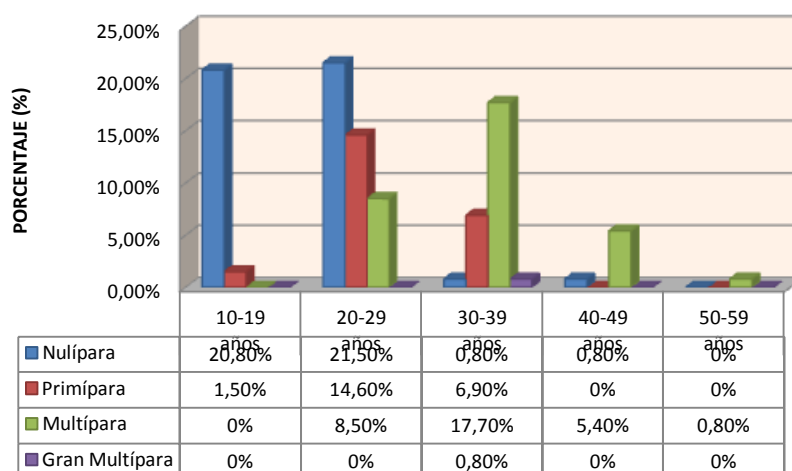


Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

Al relacionar la edad con paridad, se observó que la condición que se presentó en mayor frecuencia fue la nuliparidad en 57 casos que corresponden al 43,8% de la población total (130), esta situación se destacó en los grupos de mujeres entre 20 a 29 años con un 21,5% (28/130) y en el grupo de 10 a 19 años con un porcentaje del 20,8% (27/130), mientras que en los grupos de mujeres entre 30 a 39 años y 40 a 49 años se presentó en un 0,8% de los casos (1/130) respectivamente. Seguida a la nuliparidad, se encuentra la multiparidad (mujeres con a 2 a 5 partos), ésta fue reportada por 42 mujeres que representan el 32,3% del total de la población (130), dentro de este grupo predominaron las mujeres entre 30 a 39 años con un 17,7% (23/130) y las mujeres entre 20 a 29 años con un 8,5% (11/130), en las mujeres entre 40 a 49 años se presento en un 5,4% (7/130), en el grupo de mujeres con edades comprendidas entre 50 a 59 años, esta fue la única condición existente, con una frecuencia del 0,8% (1/130); por su parte, la primiparidad fue una reportada en 30 casos que corresponden al 23,1% del total de la población (130); esta situación se distribuyó de la siguiente forma: en las mujeres entre 20 a 29 años se presentó en un 14,6% (19/130), en aquellas entre 30 a 39 años se presentó en un 6,9% (9/130), mientras que en las mujeres entre 10 a 19 años se mostró en un 1,5% (2/130). Por último la gran multiparidad (mujeres con más de 6 partos) se presentó en 1 caso que representó el 0,8% (1/130) de la población

total, esta situación fue reportada por una mujer con edad comprendida entre 30 a 39 años. Ver figura 3.

Figura 3. Distribución porcentual de paridad según edad de la madre. Factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Popayán. Enero 2007 a Junio 2009. N= 130

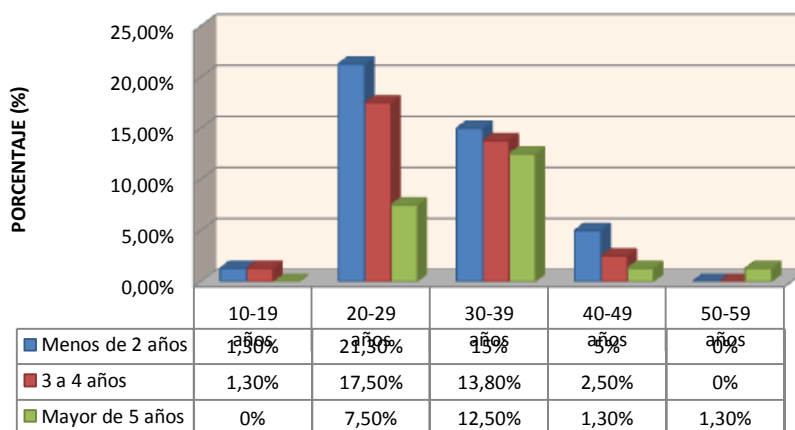


Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

De las mujeres que reportaron un embarazo previo, el intervalo intergenésico que predominó fue el menor a 2 años que se presentó en 34 casos los cuales representan el 42,5% de la población total (80), destacándose en esta condición, los grupos de mujeres entre 20 a 29 años con una frecuencia del 21,3% (17/80) y el grupo de 30 a 39 años en donde se halló en un 15% (12/80), en las mujeres entre 40 a 49 años mostró un porcentaje del 5% (4/80), mientras que en las mujeres entre 10 a 19 años se encontró en menor proporción con un 1,3% (1/80). El intervalo intergenésico comprendido entre 3 a 4 años se encontró en 28 casos que corresponden al 35% del total de la población, en esta condición sobresalieron las mujeres entre 20 a 29 años con un 17,5% (14/80), le sigue en importancia las mujeres entre 30 a 39 años con un 13,8% (11/80) y en últimos lugares se encontraron las mujeres entre 40 a 49 años con un 2,5% (2/80) y las mujeres entre 10 a 19 años con un 1,3% (1/80). El intervalo mayor a 5 años se registró en 18 casos que corresponden al 22,5% de la población total (80) esta condición predominó en el grupo etareo de 30 a 39 años en un 12,5% (10/80) y en el grupo de mujeres entre 20 a 29 años con un 7,5% (6/80), se presentó en menor frecuencia en los grupos de 40 a 49 años y 50 a 59 años con un 1,3% (1/80) respectivamente, es de resaltar que

esta fue la condición única condición existente en el grupo de mujeres entre 50 a 59 años. Ver figura 4.

Figura 4. Distribución porcentual de intervalo intergenésico según edad de la madre. Factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Popayán. Enero 2007 a Junio 2009. N=80



Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

3.3 CONDICIONES BIOLÓGICAS DEL FETO O RECIÉN NACIDO

En relación a la edad del recién nacido se encontró una media de 28,98 horas, mediana de 6,50 horas, moda de 1 hora, desviación estándar de 43,35 horas, con un valor mínimo de 1 hora y máximo de 168 horas.

En cuanto al peso del feto o recién nacido se halló una media de 1660,67 gramos, mediana de 1492,50 gramos, moda de 700 gramos, con una desviación estándar de 899,64 gramos, un valor mínimo de 500 gramos y un máximo de 5000 gramos.

Con respecto al APGAR del recién nacido, se tuvo una media de 2,44 puntos, una mediana y moda de 0 respectivamente, la desviación estándar fue de 2,84 puntos, con un valor mínimo de 0 puntos y un máximo de 8 puntos. Ver tabla 5.

Tabla 5. Medidas de tendencia central variables de razón. Condiciones Biológicas del feto o recién nacido. Factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Popayán. Enero 2007 a Junio 2009. N=130

VARIABLE	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL					
	Media	Mediana	Moda	Desv. Estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
Edad del recién nacido (horas)	28,98	6,50	1	43,35	1	168
Peso del feto o recién nacido	1660,67	1492,50	700	899,64	500	5000
APGAR del recién nacido	2,44	0	0	2,84	0	8

Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

De acuerdo a edad del recién nacido, la mayoría correspondían a edades de menores a 1 día con un 71,9% (46/65), seguido de recién nacidos con edades de 2 a 4 días con un 15,6% (11/65), y en último lugar se encuentran los recién nacidos con edades de 5 a 7 días con un 12,5% (8/65).

Con respecto a la variable peso del feto o recién nacido se encontró que la gran mayoría se encontró en un muy bajo peso con un 50% (65/130), seguido de aquellos recién nacidos que tuvieron un peso intermedio con un 33,8% (44/130) y por último se encontraron recién nacidos de peso normal con 16,2% (21/130).

De acuerdo al APGAR del recién nacido se encontró un predominio de 0 a 3 puntos con un 67,7% (88/130), encontrando APGAR de 4 a 7 puntos con un 27,7% (36/130) y presentando APGAR de 7 a 10 puntos con porcentaje bajo de 4,6% (6/130).

En lo relacionado al momento en que ocurrió la muerte predominó la muerte anteparto con un 50% (65/130), con respecto a las muertes posparto se encontró un 46,2% (60) y por último las muertes intraparto se encontró un 5% (3,8%).

En el comportamiento de patologías del recién nacido encontramos un predominio de defectos congénitos 37,7% (49/130), seguido de asfixia neonatal 21,5% (28/130), Retardo del crecimiento intrauterino con 11,5% (15/130), infecciones con 10% (13/130), otros 8,5% (11/130), síndrome de aspiración con

6,2% (8/130), hemorragias con 3,8% (5/130), presentándose en bajo porcentaje defectos neurológicos con 0,8% (1/130). Ver tabla 6.

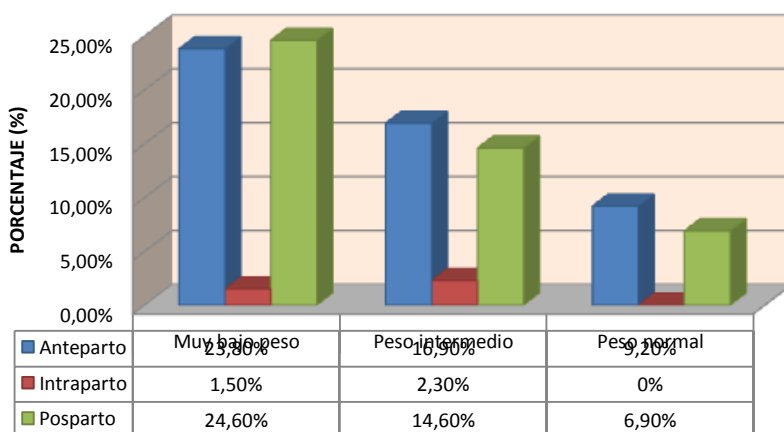
Tabla 6. Distribución porcentual de mortalidad perinatal según condiciones biológicas del feto o recién nacido. Factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Popayán. Enero 2007 a Junio 2009. N=130

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad del Recién Nacido (N=64)		
Menos de 1 día	46	71,9
2 a 4 días	11	15,6
5 a 7 días	8	12,5
Peso del feto o recién nacido (N=130)		
Muy bajo peso	65	50,0
Peso intermedio	44	33,8
Peso normal	21	16,2
APGAR del recién nacido (N=130)		
0 - 3 puntos	88	67,7
4 - 7 puntos	36	27,7
7 - 10 puntos	6	4,6
Momento en que ocurrió la muerte (N=130)		
Anteparto	65	50,0
Intraparto	5	3,8
Postparto	60	46,2
Patologías del feto o recién nacido (N=130)		
Síndrome de Aspiración	8	6,2
Hemorragias	5	3,8
Asfixia Neonatal	28	21,5
Infecciones	13	10,0
Defectos Congénitos	49	37,7
Defectos Neurológicos	1	0,8
Retardo del Crecimiento Intrauterino	15	11,5
Otros	11	8,5

Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

Al relacionar el peso del recién nacido y el momento en que ocurrió la muerte, se observó que la condición que se presentó en mayor frecuencia fueron las muertes anteparto en 65 casos que corresponden al 50% de la población total (130), esta situación se destacó en los recién nacidos con muy bajo peso al nacer (menos de 1500 gramos) con un 23,8% (31) y en aquellos con un peso bajo intermedio (1500 a 2499 gramos) con un porcentaje del 16,9% (22), mientras que en el grupo de recién nacidos con peso normal (igual o mayor de 2500 gramos) se presentó en un 9,2% de los casos (12). Seguida a las muertes anteparto, se encuentran las muertes ocurridas en el periodo postparto, ésta fue reportada en 60 casos los que corresponden al 46,2% del total de la población (130), dentro de este grupo predominaron los recién nacidos con muy bajo peso con un 24,6% (32), seguido en orden de importancia por los de peso bajo intermedio con un 14,6% (19), y por los recién nacidos con peso normal en donde se presentó en un 6,9% (9); por su parte, las muertes Intraparto fueron reportadas en 5 casos que corresponden al 3,8% del total de la población; esta situación se distribuyó de la siguiente forma: en los recién nacidos con peso bajo intermedio se presentó en un 2,3% (3), mientras que en los recién nacidos con peso bajo se presentó en un 1,5% (2). Ver figura 5.

Figura 5. Distribución porcentual del momento en que ocurrió la muerte según peso del feto o recién nacido. Factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Popayán. Enero 2007 a Junio 2009. N=130



Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

3.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO

En relación al número de controles realizados por las madres se encontró una media de 2,54 controles por mujer reportada, con una mediana de 2 controles, moda de 0, desviación estándar de 2,35 y un valor mínimo de 0 y un máximo de 8 controles.

En cuanto al tiempo de traslado al sitio definitivo de atención de la madre durante el parto se halló una media de 66,92 minutos, mediana de 45, moda de 20, con una desviación estándar de 58,07, un valor mínimo de 0 y un máximo de 240 minutos. Ver tabla 7.

Tabla 7. Medidas de tendencia central variables de razón. Proceso de atención de la madre durante el embarazo y el parto. Factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Popayán. Enero 2007 a Junio 2009. N=130

VARIABLE	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL					
	Media	Mediana	Moda	Desv. Estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
No. de Controles Prenatales	2,54	2,00	0	2,35	0	8
Tiempo de Traslado al Sitio Definitivo de Atención	66,92	45,00	20	58,07	0	240

Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

Según el número de controles prenatales realizados por las madres de los casos a estudio predominó 1 a 3 controles con 36,9% (48/130), seguido de aquellas madres que no hicieron ningún control con 30,8% (40/130), encontrándose en menor porcentaje 4 a 6 controles con 23,8% (31/130) y 7 controles o más con 8,5% (11/130).

Del total de mujeres que realizaron controles prenatales (90), y de acuerdo al inicio del control prenatal se encontró un predominio de quienes iniciaron sus controles en el segundo trimestre del embarazo con 51,1% (46/90), seguido de las que comenzaron en primer trimestre con 41,1% (37/90) y en bajo porcentaje quienes iniciaron en tercer trimestre con 7,8% (7/90).

Con respecto al lugar de asistencia al control prenatal se encontró un predominio de asistencia a hospitales nivel I con 71,1% (64/90), seguido de la asistencia a centro o puesto de salud con 26,7% (24/130), encontrándose en bajo porcentaje hospitales nivel II y privado con 1,1% (1/130) respectivamente.

En relación al lugar de atención al inicio del trabajo de parto predominó institución nivel I con 71,5% (93/130), seguido de atención en nivel II 16,2% (21) y quienes asistieron a nivel III con 7,7% (10) y con bajo porcentaje madres que iniciaron el trabajo de parto en casa 4,6% (6/130).

Con respecto a remisión a un nivel de atención superior predominó las madres que fueron remitidas con 88,5% (115/130) y en un bajo porcentaje las que no fueron remitidas con 11,5% (15/130).

De acuerdo a al tiempo de traslado al sitio definitivo de atención predominó las que utilizaron menos de 1 hora con 62,3% (81/130), seguido de quienes utilizaron de 2 a 4 horas con 35,4% (46/130), y en bajo porcentaje las que utilizaron 2,3%(3/130).

De acuerdo al medio de transporte utilizado para acceder al sitio definitivo de atención, predominó las que utilizaron ambulancia con 86,9%(113/130), seguido de las que utilizaron transporte público con 9,2%(12/130), y en un bajo porcentaje las que utilizaron transporte particular con 3,8%(5/1330).

Con respecto al lugar donde terminó la gestación predominó los embarazos que fueron atendidos en la institución nivel III con 96,2%(125/130), seguido de los que fueron atendidos en el traslado al centro de salud con 2,3%(3/130), y en un bajo porcentaje los que fueron atendidos en la casa y en institución nivel I con 0,8%(1/130) respectivamente.

En relación a la persona que atendió el parto predominó los embarazos atendidos por médico especialista 90%(117/130), seguido de lo que fueron atendidos por médico general con 6,2%(8/130), y en un bajo porcentaje los que fueron atendidos por auxiliar de enfermería y promotora de salud con 0,8%(1/130) respectivamente.

Con respecto a la vía de finalización del parto predominó los que nacieron por vía abdominal (cesárea) con 57,7%(75/130), seguido de los que nacieron por vía vaginal con 42,3%(55/130). Ver tabla 8.

Tabla 8. Distribución porcentual de mortalidad perinatal según características de la atención de la madre durante el embarazo y el parto. Factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Popayán. Enero 2007 a Junio 2009. N=130.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Número de Controles Prenatales		
Ninguno	40	30,8
1 a 3 controles	48	36,9
4 a 6 controles	31	23,8
7 controles o mas	11	8,5
Inicio del Control Prenatal		
Primer trimestre	37	41,1
Segundo trimestre	46	51,1
Tercer trimestre	7	7,8
Lugar de asistencia al Control Prenatal		
Centro o puesto de salud	24	26,7
Hospital nivel I	64	71,1
Hospital nivel II	1	1,1
Privado	1	1,1
Lugar de atención al inicio del trabajo de parto		
Casa	6	4,6
Institución Nivel I	93	71,5
Institución Nivel II	21	16,2
Institución Nivel III	10	7,7
Remisión a un nivel de atención superior		
Si	115	88,5
No	15	11,5
Tiempo de traslado al sitio definitivo de atención		
Menos de 1 hora	81	62,3
2-4 Horas (120 – 240 Minutos)	46	35,4
Más de 4 horas	3	2,3
Medio de transporte al sitio definitivo de atención		
Ambulancia	113	86,9
Transporte publico	12	9,2
Transporte particular	5	3,8

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lugar donde termino la gestación		
Casa	1	0,8
Institución nivel I	1	0,8
Institución nivel III	125	96,2
Traslado al centro de salud	3	2,3
Persona que atendió el parto		
Médico Especialista	117	90,0
Médico General	8	6,2
Enfermera	3	2,3
Auxiliar de Enfermería	1	0,8
Otro	1	0,8
Vía de finalización del parto		
Abdominal (cesárea)	75	57,7
Vaginal	55	42,3

Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

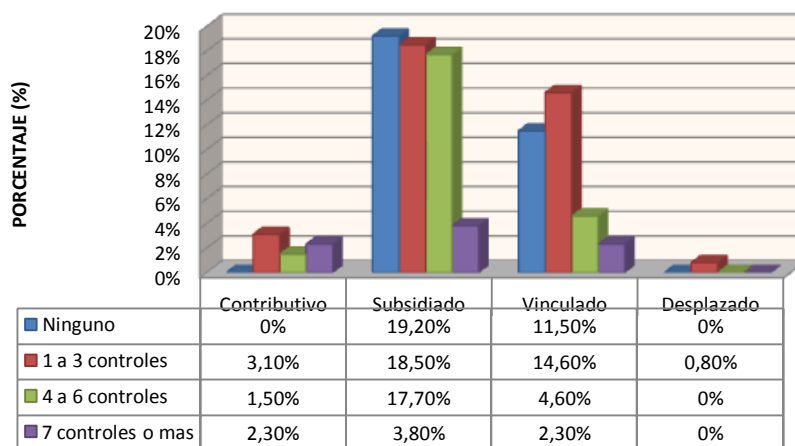
De acuerdo a la asistencia de las mujeres al control prenatal y el régimen de salud al cual se encontraban afiliadas, se encontró que la mayoría de las mujeres realizaron entre 1 a 3 controles prenatales en 48 casos que representan el 36,9% del total de casos (130), esta situación tuvo la siguiente distribución: régimen subsidiado en un 18,5% (24), régimen vinculado 14,6% (19), régimen contributivo 3,1% (4), y finalmente régimen desplazado en 0,8% (1).

No realizaron controles prenatales 40 mujeres que corresponden al 30,8% del total de la población (130), destacándose en esta condición, las mujeres afiliadas al régimen de salud subsidiado con una frecuencia del 19,2% (25) y aquellas pertenecientes al régimen vinculado en donde se halló en un 11,5% (15), en las mujeres entre 40 a 49 años mostró un porcentaje del 5% (4), mientras que en las mujeres entre 10 a 19 años se encontró en menor proporción con un 1,3% (1).

Realizaron 4 a 6 controles prenatales 31 mujeres, las cuales constituyen el 23,8% del total de casos (130, en esta condición sobresalieron las mujeres de régimen subsidiado en un 17,7% (23), le sigue en importancia las mujeres con régimen vinculado en un 4,6% (6) y en último lugar las pertenecientes al régimen contributivo con un 1,5% (2). Finalmente, las mujeres que realizaron 7 controles o más se registraron en 11 casos que corresponden al 8,5% de la población total (130) esta condición predominó en las mujeres con régimen de subsidiado en un 3,8% (5), se presento en menor frecuencia en las mujeres

con régimen vinculado y contributivo en un 2,3% (3) respectivamente. Ver figura 6.

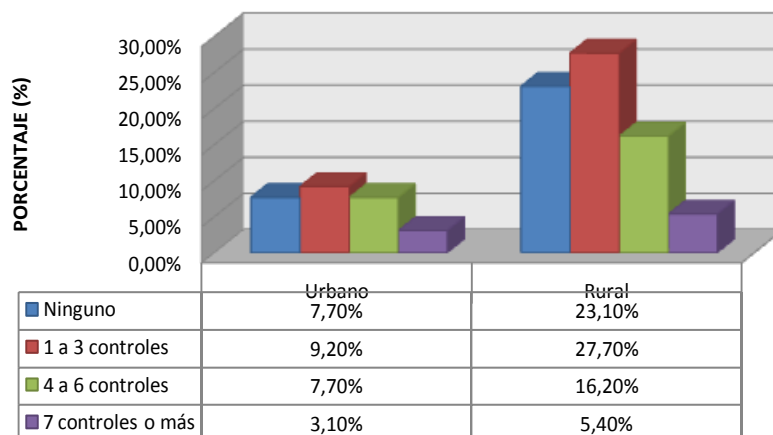
Figura 6. Distribución porcentual de controles prenatales según régimen de salud. Factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Popayán. Enero 2007 a Junio 2009. N=130



Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

Al relacionar el número de controles prenatales y la procedencia, se observó que la asistencia a 1 a 3 controles en 48 casos que corresponden al 36,9% de la población total (130), en esta situación se destacaron las madres provenientes de zona rural con un 27,7% (36), en menor porcentaje se encontraron las madres provenientes de zona urbana con un 9,2% (12). Ver figura 7.

Figura 7. Distribución porcentual de controles prenatales según régimen de salud. Factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Popayán. Enero 2007 a Junio 2009. N=130



Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

3.5 CONDICIONES PSICOLÓGICAS DE LA MADRE DEL CASO DE MUERTE PERINATAL

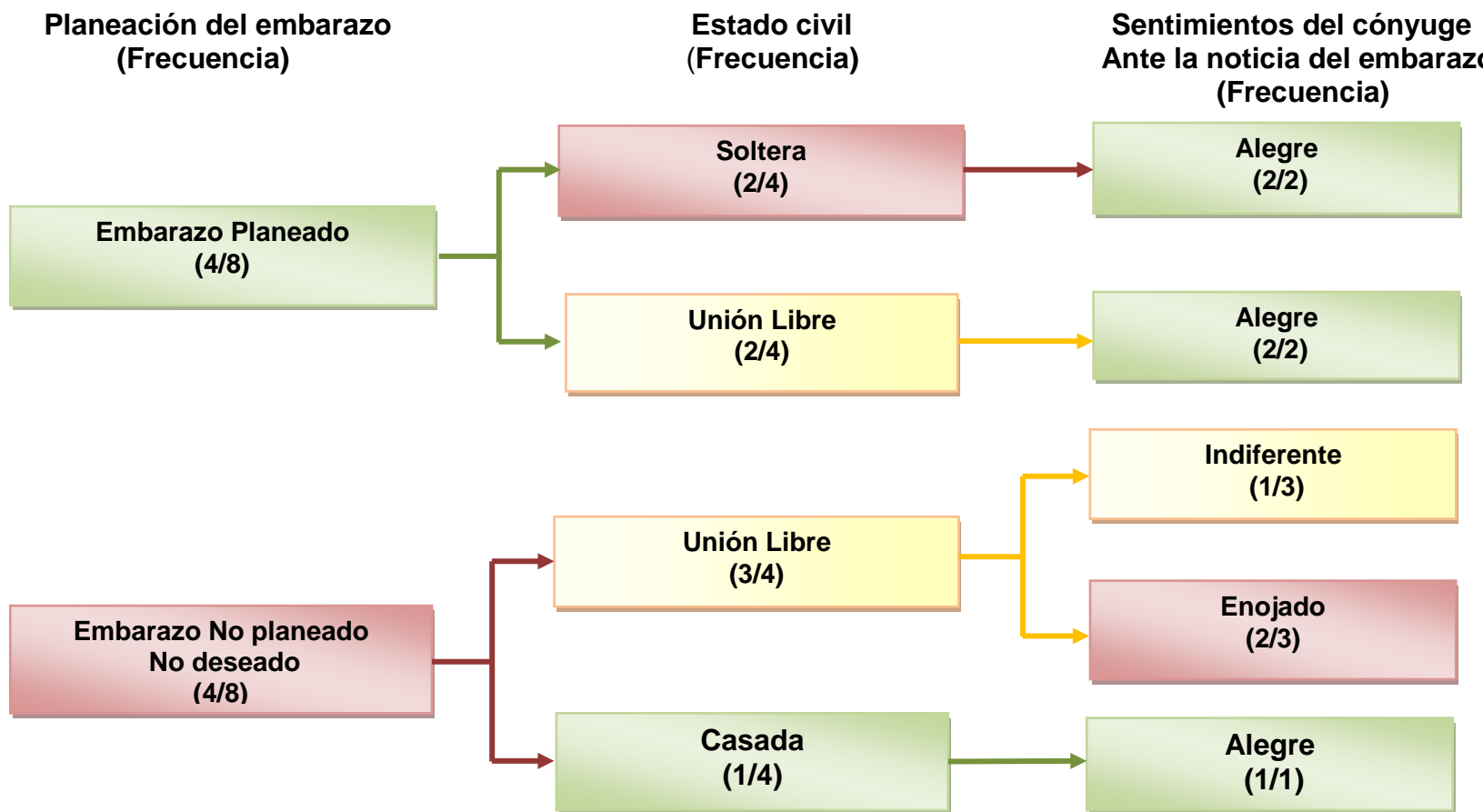
Dado que la variable psicológica es más de carácter cualitativo se organizó los resultados por frecuencias y densidad de incidencia, la población estudiada fue de ocho mujeres. Es de resaltar, la relevancia que adquieren los aspectos emocionales que acompañaron el embarazo, en el estudio de la muerte perinatal. A continuación se presentan los resultados encontrados:

En relación a la aceptación del embarazo, las categorías embarazo planeado y no planeado tuvieron igual porcentaje con un 50% (4/8). Los sentimientos del cónyuge que surgieron al enterarse del embarazo, se distribuyeron de la siguiente manera: predominó el sentimiento de alegría en un 50% (5/8) en la población total, este sentimiento estuvo presente en los casos donde el embarazo fue planeado (4/4), y en uno de los casos donde el embarazo no fue planeado (1/4); el enojo del cónyuge se presentó en el 25% (2/8) de los casos, este sentimiento prevaleció en 2/4 de las mujeres con embarazo no planeado; en 1/8 del total de los casos, el cónyuge fue indiferente ante la noticia del embarazo, este caso correspondió a un embarazo no planeado.

De acuerdo al estado civil, el 62,5% (5/8) fueron mujeres en unión libre, del total de la población los cuales corresponden: (2/4) embarazos planeados con sentimientos alegres y (3/4) embarazos no planeados que presentan

sentimientos de (1/3) indiferente y (2/3) enojado, seguido de (2/4) solteras quien presenta embarazo planeado y sentimiento alegre por último se encuentra que (1/4), son casadas y corresponden a embarazos no planeados con sentimientos alegres. Ver Figura 8.

Figura 8. Aceptación del embarazo de las madres de los casos de muerte perinatal. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Enero, 2007 – junio, 2009. N=8.

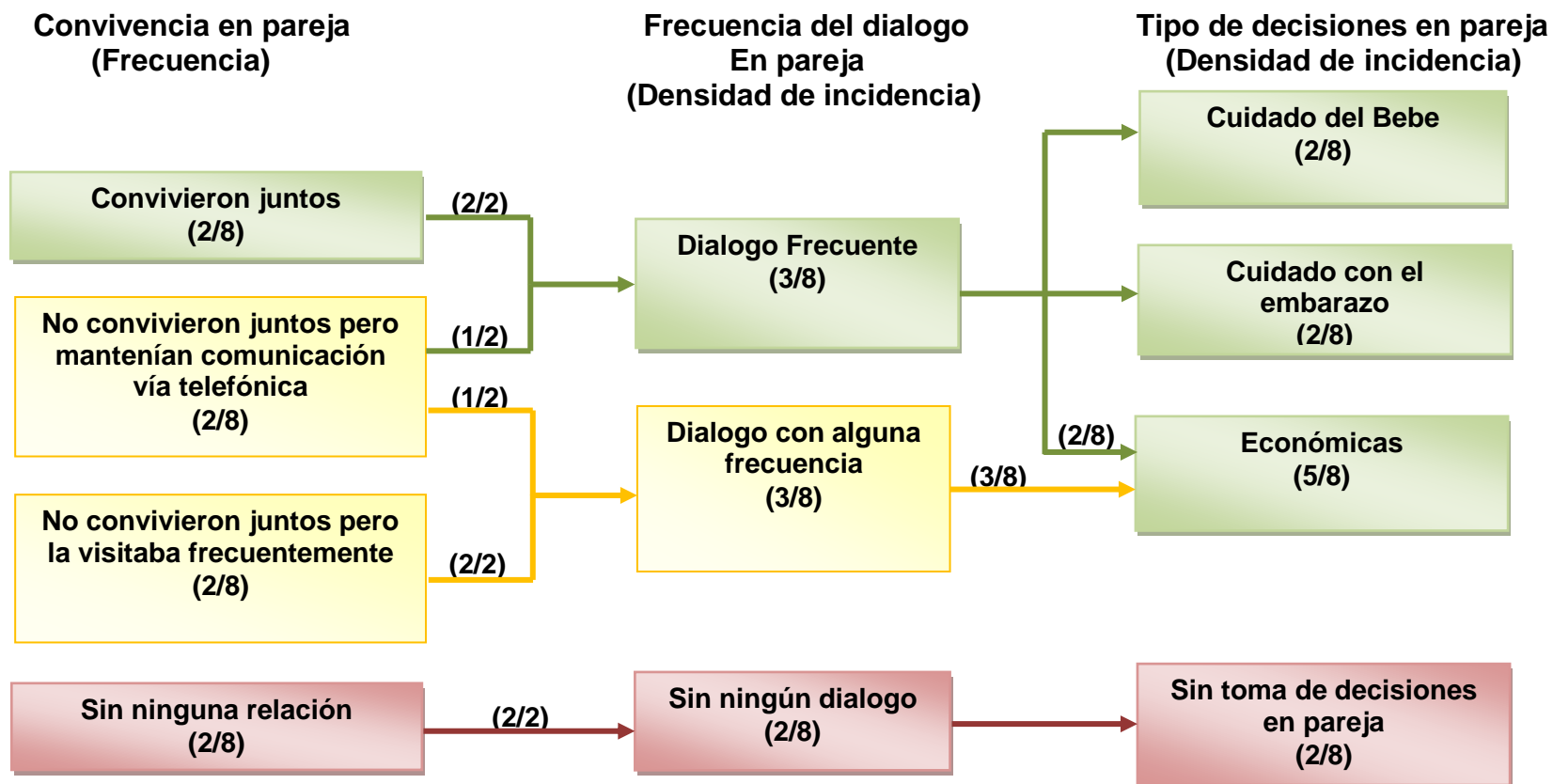


Fuente: Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

En relación a la convivencia en pareja se obtuvo un 25% (2/8) para cada una de las cuatro categorías existentes que son: convivir juntos, no convivir juntos pero su pareja la visitaba frecuentemente, sin ningún tipo de relación, no convivir juntos pero su pareja se comunicaba vía telefónica; al profundizar en la misma calidad de la relación se encontró que el tipo de convivencia según la densidad de incidencia, el predominio (3/8), fue para las categorías de dialogo frecuente y dialogo con alguna frecuencia respectivamente, seguido (2/8), que no presento ningún tipo de dialogo.

De acuerdo a la densidad de incidencia para el tipo de decisión tomada en pareja el comportamiento fue: 5/8 correspondiente a decisiones económicas la cual presentaba dialogo con alguna frecuencia, seguido de (2/8) para cada una de las siguientes categorías: cuidado del bebé, cuidado con el embarazo y económicas, a la vez esta correspondía a un dialogo frecuente y dialogo con alguna frecuencia por último, (2/8) para la categoría donde no se tomo ningún tipo de decisión y que en relación al tipo de convivencia no presento por lo cual tampoco presento algún tipo de dialogo. Ver figura 9.

Figura 9. Caracterización de la relación con la pareja de las madres de los casos de muerte perinatal. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Enero, 2007 – junio, 2009. N=8.

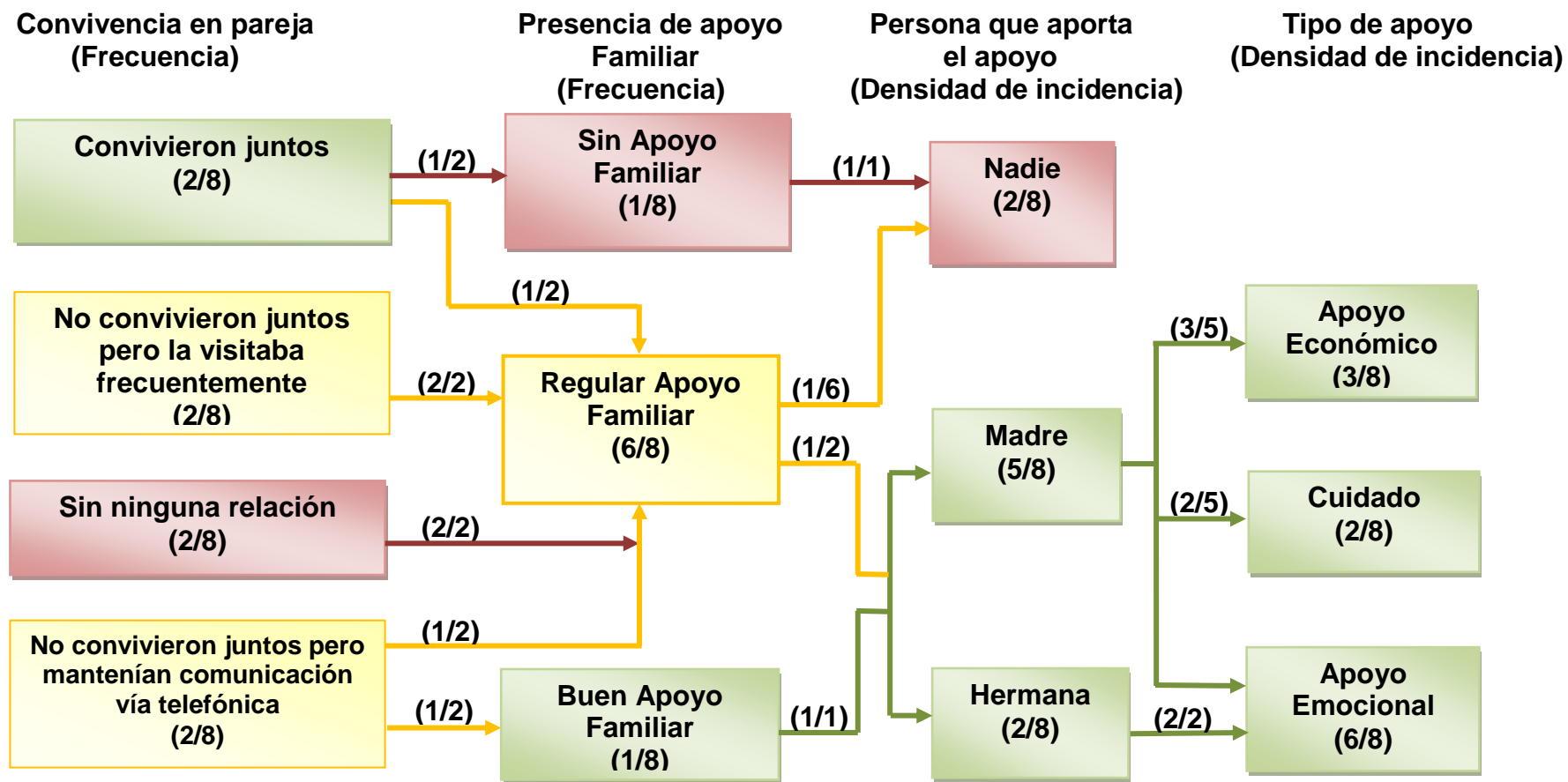


Fuente: Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

El apoyo familiar recibido por las madres durante su embarazo, es otro aspecto importante a tener en cuenta dentro de la mortalidad perinatal. Partiendo del tipo de convivencia en pareja, se encontró igual frecuencia para las categorías de: convivieron juntos, no convivieron juntos pero su pareja la visitaba frecuentemente, no convivieron juntos pero mantenían comunicación vía telefónica y sin ninguna relación; al profundizar en la presencia de apoyo familiar se encontró que de las madres que convivieron con su pareja (2/8), el 50% (1/2) no recibió ningún apoyo familiar, mientras que el 50% de ellas (1/2) manifestaron haber recibido regular apoyo familiar, brindado por su madre y hermana, de acuerdo al tipo de apoyo, la madre ofreció apoyo económico, emocional y de cuidado, mientras que la hermana brindó apoyo de tipo emocional. En relación a los que no convivieron juntos pero su pareja la visitaba frecuentemente 25% (2/8) y aquellas que no tuvieron ningún tipo de relación con su pareja 25% (2/8), refirieron regular apoyo por parte de su familia, brindado por su madre y hermana, de acuerdo al tipo de apoyo, la madre ofreció apoyo económico, emocional y de cuidado y la hermana brindó apoyo emocional.

Las madres que no convivieron con su pareja pero que mantenían comunicación vía telefónica 25% (2/8), (1/2) refieren que el apoyo familiar fue regular y (1/2) refieren que el apoyo familiar fue bueno, los dos tipos de apoyo fueron brindados por la madre y la hermana, la madre ofreció apoyo económico, emocional y de cuidado y la hermana brindó apoyo emocional. Ver Figura 10.

Figura 10. Apoyo familiar recibido por las madres de los casos de muerte perinatal. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Enero, 2007 – junio, 2009. N=8.

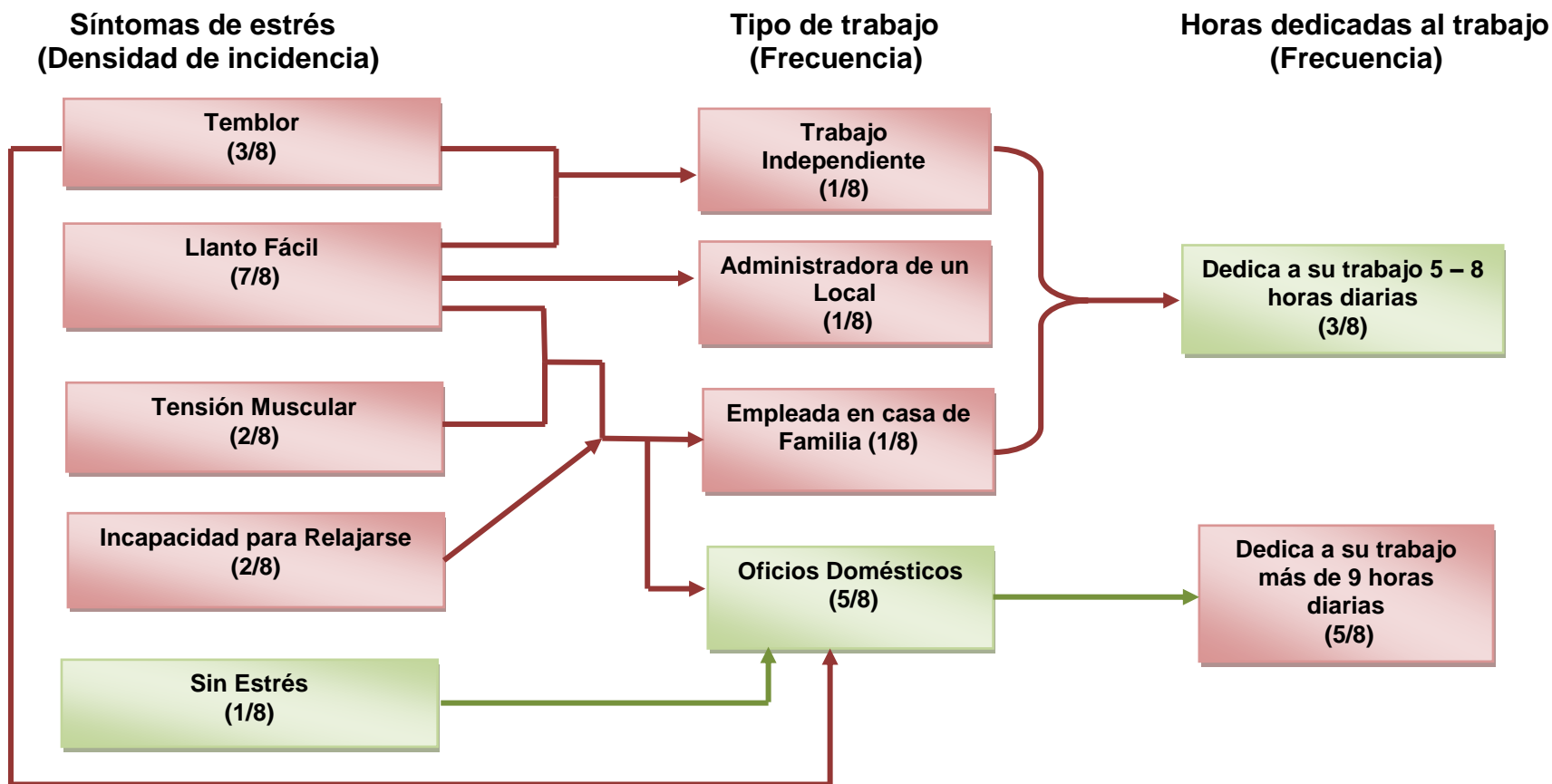


Fuente: Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

Al indagar sobre la presencia de síntomas de estrés presentado por las madres de los casos de muerte perinatal se encontró que del total de las madres encuestadas (8), solo 1 de ellas reportó no presentar sintomatología de estrés, en los otros casos (7) las madres refirieron presentar algún síntoma de estrés; entre los cuales, cabe resaltar, que el síntoma de mayor predominio, según densidad de incidencia fue: llanto fácil (7/8), seguido de temblor (3/8), y en menor proporción incapacidad para relajarse y temblor muscular. Si se relacionan la presencia de síntomas de estrés con la ocupación de la madre durante el transcurso de su embarazo, se encontró que la mayoría de las madres realizaban oficios domésticos (5/8) en este grupo de mujeres se evidenció la presencia de llanto fácil, tensión muscular, incapacidad para relajarse y temblor; es de apuntar que estas mujeres dedicaban a su trabajo más de nueve horas diarias.

La madre con trabajo independiente presentó síntomas como temblor y llanto y fácil, mientras que la madre con cargo de administración de un local comercial refirió haber presentado sólo llanto fácil, la gestante con ocupación de empleada domestica manifestó haber presentado llanto fácil, tensión muscular e incapacidad para relajarse; en las anteriores ocupaciones estas mujeres ocupaban en sus labores entre 5 y 8 horas diarias. Ver Figura 11.

Figura 11. Sintomatología de estrés presentado por las madres de los casos a estudio. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Enero, 2007 – junio, 2009. N=8.

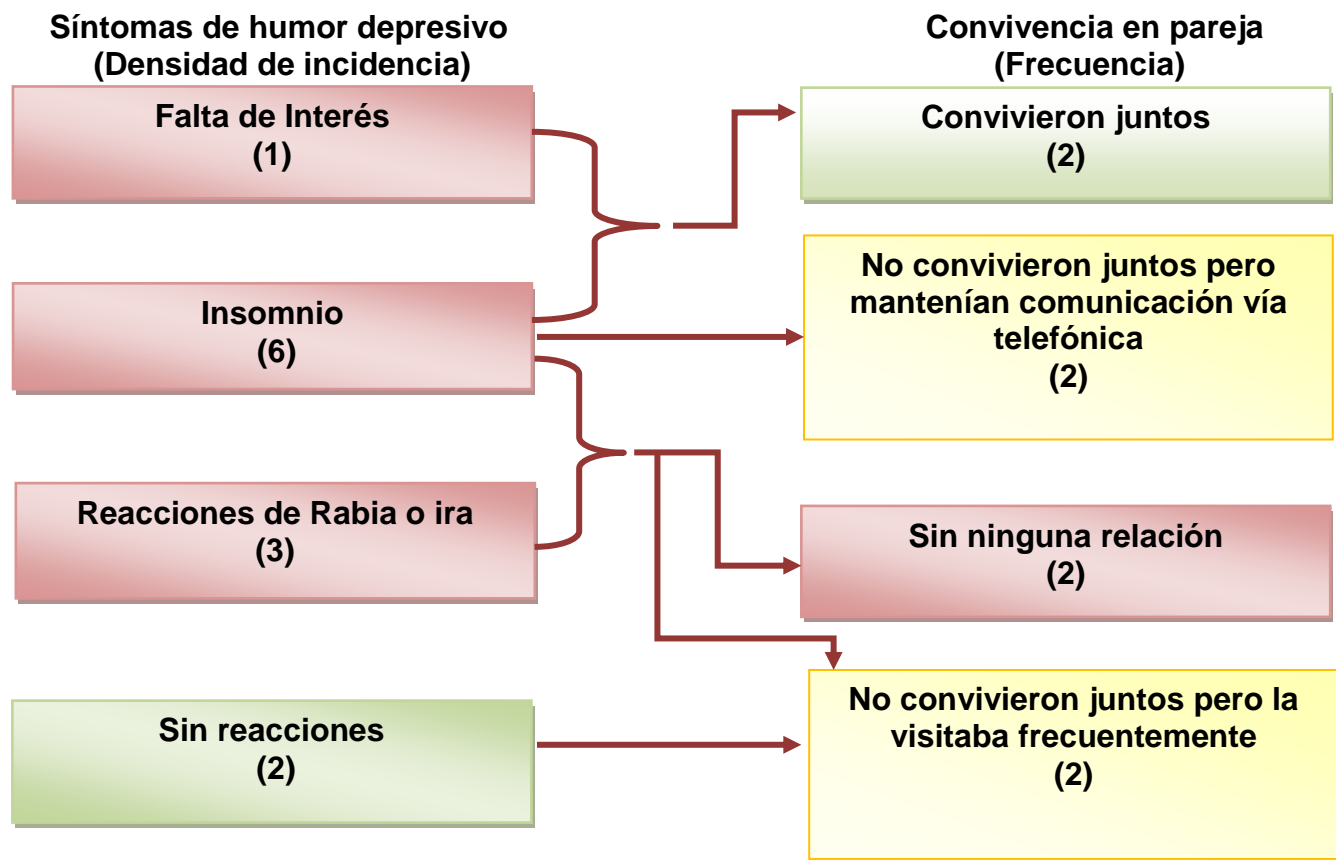


Fuente: Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

Con relación a los síntomas de humor depresivo presentes en las madres predominó el insomnio (6/8), seguido de las madres que presentaron reacciones de rabia o ira (3/8), (2/8) refieren que no presentaron ninguna sintomatología de humor depresivo durante su embarazo, y solo (1/8) refieren que presentó falta de interés.

Correlacionando los síntomas de humor depresivo con la convivencia de la pareja se encontró igual predominio para las cuatro categorías: convivieron juntos, no convivieron juntos pero mantenían comunicación vía telefónica, no convivieron juntos pero la visitaba frecuentemente y no convivieron juntos; de las madres que convivieron junto con su pareja presentaron falta de interés e insomnio (2/8), de las madres que no convivieron juntos pero mantenían comunicación vía telefónica presentaron insomnio (2/8), de las madres que no tenían ninguna relación con su pareja presentaron insomnio y reacciones de rabia o ira (2/8), de las madres que no convivieron con su pareja pero la visitaba frecuentemente, (1/8) presentó insomnio y reacciones de rabia o ira, y (1/8) no presentó ninguna reacción. Ver Figura 12.

Figura 12. Sintomatología de humor depresivo presentado por las madres de los casos a estudio. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José. Enero, 2007 – junio, 2009. N=8.



Fuente: Fuente: Base de datos. Investigación. Factores Biopsicosociales presentes en las muertes perinatales. Hospital Universitario San José de Popayán. Enero, 2007 a Junio, 2009.

4. DISCUSIÓN

De acuerdo a la distribución de la población, según edad, el grupo etareo más afectado fue el grupo de mujeres en edades comprendidas entre los 20 a 29 años, lo que no coincide con la literatura en general que reporta que las muertes perinatales se presentan en mayor frecuencia en las edades extremas madres adolescentes y mayores de 35 años⁶², las cuales se asocian con mayores factores de riesgo, como son: inmadurez de los órganos de reproducción, talla, nivel de escolaridad, gestas, paridad, entre otros. Abarca y asociados resaltan los aspectos sociodemográficos como factores importantes en la mortalidad perinatal, los cuales afectan de manera individual y familiar el nivel de salud del binomio madre-hijo⁶³. Lawn, revisó el riesgo de mortalidad perinatal-neonatal de diversos estudios poblacionales de todo el mundo y encontró que los antecedentes socioeconómicos asociados con éstos comprendieron: edad materna menor de 18 y mayor de 35 años, nivel socioeconómico bajo y madre soltera⁶⁴. Con base en lo anterior, se puede deducir que el personal de salud responsable de realizar la valoración prenatal en la embarazada, no está individualizando cada caso ó se ciñe más por los factores de riesgo presentes en la literatura, sin tener en cuenta el entorno en el cual se desarrolla el binomio madre-hijo; en esta medida y dependientemente de las edades de riesgo mencionadas es necesario evaluar y clasificar en cada consulta prenatal el riesgo obstétrico para cada embarazada sin importar la clasificación presente y su edad.

En este estudio los factores de riesgo socioeconómicos tuvieron el siguiente comportamiento:

⁶² DELGADO, Mario. MUÑOZ, Alejandro. OREJUELA, Leonora. SIERRA, Carlos H. Algunos factores de riesgo para mortalidad neonatal en un Hospital de III nivel, Popayán. Colombia Médica. Vol.34 No.4. 2003. p. 179-185

⁶³ ABARCA, Francisco Javier. HERNÁNDEZ GIRÓN, Carlos. *Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas, México*. Rev. Saúde Pública, 2003. p. 687-92. Disponible en: www.fsp.usp.br/rsp

⁶⁴ COVARRUBIAS, Lorenzo Osorno Et Al. Influencia de los antecedentes maternos en la mortalidad neonatal. Ginecol Obstet Mex. 2008;76(12):730-8

Al analizar la procedencia de las mujeres el 72,2% de la población estudiada correspondió al área rural. Esto coincide con lo encontrado por Ochoa y Ruiz, quienes describen una mayor ocurrencia de muertes perinatales en las mujeres procedentes de zonas rurales⁶⁵, evento que se explica por las menores posibilidades de acceso que tienen estas mujeres a las Unidades de Salud en comparación con la población gestante del área urbana que es más accesible a estos servicios. Si se analiza la situación del departamento del Cauca, es posible identificar las diferencias marcadas entre las zonas urbanas y rurales para el acceso oportuno a la atención médica, donde éste es más limitado para los residentes de áreas rurales, por varios motivos: la lejanía geográfica, las deficientes condiciones de las vías terrestres, el bajo nivel socioeconómico de esta población para costear los gastos derivados del desplazamiento y hospedaje, además, de la escasez de profesionales de la salud en las zonas rurales; que conlleva a la atención del parto por parteras o familiares en muchos casos en condiciones deficientes de salubridad. Estos factores determinan la asistencia de la gestante al control prenatal, la realización de los paraclínicos necesarios, la atención de las complicaciones durante el embarazo y la atención institucional del parto.

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la mortalidad y morbilidad neonatal⁶⁶. Huiza y colaboradores, encontraron que la alfabetización de la madre disminuía en forma significativa el riesgo de muerte fetal⁶⁷. Igualmente Ochoa y Ruíz, reportan que la mayor parte de las muertes perinatales ocurren en madres que carecen de algún nivel de escolaridad o que solo llegan al nivel primario⁶⁸. Esto se pudo corroborar con lo hallado en el estudio, en donde la mayoría de las madres tenían un nivel de escolaridad de primaria incompleta. Situación que posiblemente se explicaría por la influencia negativa que ejerce el bajo nivel de escolaridad, en la actitud de la gestante hacia la búsqueda de ayuda para la atención de su embarazo, o para captar la información necesaria brindada por el personal de salud y, así mismo, para el cumplimiento de las indicaciones dadas.

En cuanto al estado civil, Pacora ha descrito como determinante de mortalidad perinatal, el ser soltera, encontrando que estas tienen en forma significativa, mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales⁶⁹. Contrario a lo dicho

⁶⁵ OCHOA BRIZUELA, José Francisco; RUIZ OROZCO, Francisco José. Factores asociados a la mortalidad perinatal. Hospital Regional asunción enero 1998 – diciembre 2002. Juigalpa Chontales.

⁶⁶ Factores de Riesgo para muerte Neonatal. Dr. Héctor Mejía S., MSc. Sociedad Boliviana de Pediatría

⁶⁷ HUIZA, Lilia; PACORA, Percy; AYALA, Máximo; BUZZIO, Ytala. Muerte fetal y muerte neonatal tienen origen multifactorial. Anales de la Facultad de Medicina, Volumen 64 N°1, 2003.

⁶⁸ OCHOA BRIZUELA, José Francisco; RUIZ OROZCO, Francisco José. Factores asociados a la mortalidad perinatal. Hospital Regional asunción enero 1998 – diciembre 2002. Juigalpa Chontales.

⁶⁹ PACORA, Percy; CAPCHA, Elena; ESQUIVEL, Laura; AYALA, Máximo; INGAR, Wilfredo; HUIZA, Lilia. La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y recién nacido. Anales de la Facultad de Medicina, 2005. Págs. 282-289.

por Pacora, en esta investigación se observó un mayor porcentaje de muertes perinatales en mujeres en unión libre (56,2%). Sin embargo, se debe tener en cuenta que el apoyo brindado por la pareja va a ser un factor protector en la medida, en que la calidad de la relación sea buena.

Zuleta y Gómez sostienen que la mayoría de muertes perinatales ocurren en las mujeres que no cuentan con afiliación oficial al régimen de seguridad social en salud⁷⁰, al respecto, Gaitán y Delgado afirman que la mortalidad perinatal puede estar influenciada por las limitaciones que impone el sistema de salud al grupo de las vinculadas y a quienes pertenecen al régimen subsidiado, limitaciones, tales como, la entrega inoportuna de autorizaciones para la realización de procedimientos de atención a la madre y el recién nacido. Lo encontrado en la investigación, constata lo dicho anteriormente, en donde se evidenció que la mayoría de las mujeres pertenecían al régimen subsidiado (59,2%) y una cifra importante de las madres se encontraba como vinculadas al sistema de salud.

Según Osorio y asociados, el mayor riesgo para muerte neonatal está en mujeres con más de 3 embarazos y aquellas que nunca se habían embarazado antes⁷¹. Al relacionarlo con el presente estudio se encuentra concordancia con lo dicho; puesto que la mayor parte de las madres fueron multigestas (2-5 embarazos) con 53,8%, y primigesta (sin embarazos anteriores) con 38,5%, considerándose como factores de riesgo para muerte perinatal, lo que probablemente se explicaría porque en la mujer multigestante existe un mayor riesgo de placenta previa y rotura uterina, debido a las alteraciones que sufre el endometrio por los múltiples embarazos.

Con respecto a la paridad investigadores tales como: Bartlet AV, Fretts RC, Ibrahim SA, mencionan que la primiparidad o primer embarazo tiene una alta correlación con bajo peso al nacer y mortalidad neonatal; por otro lado, la multiparidad también ha sido asociada a resultados obstétricos adversos, explicados principalmente por complicaciones obstétricas o patologías maternas⁷². Al relacionar estos factores con el presente estudio se pudo encontrar, que la mayoría de las madres fueron nulíparas con 43,8%, lo cual representa un antecedente obstétrico de importancia para muerte perinatal. Se menciona que durante el primer embarazo son más comunes las enfermedades hipertensivas.

⁷⁰ ZULETA, John Jairo Tobón; GÓMEZ, Joaquín Guillermo Dávila; MÉNDEZ, Omar Gallo. Análisis de la mortalidad perinatal en Medellín: segundo semestre del año 2003 y año 2004. 71 CÁCERES MANRIQUE, Flor de María. Et al. Factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal precoz. Hospital General Gustavo A. Roviroso Pérez, Tabasco, 2005. www.redalyc.org

⁷² Factores de Riesgo para muerte Neonatal. Dr. Héctor Mejía S., MSc. Sociedad Boliviana de Pediatría

Smith y asociados encontraron que un intervalo intergenésico menor a 6 meses se asocia con un aumento en el riesgo para muerte perinatal, comparada con un intervalo intergenésico 18 a 23 meses⁷³. Al relacionar los resultados del presente estudio con la literatura se encontró concordancia dado que el intervalo intergenésico en su mayor parte fue menor a 2 años con 42,5%. Las mujeres con pequeños intervalos entre embarazos tienen un mayor riesgo de complicaciones como: parto pretérmino, muerte neonatal y restricción del crecimiento intrauterino.

Para Manuel Tiaconal la edad gestacional menor a 37 semanas y un producto con peso menor a 2500 gr se asocia con riesgo de muerte perinatal.⁷⁴ Así mismo, Rivera y asociados, encontraron una asociación significativa respecto a la prematuridad con bajo peso para la edad gestacional y mortalidad perinatal, siendo 9.20 veces más riesgo en productos pretérmino comparado con productos de término⁷⁵. En relación al presente estudio se encontró lo contrario a lo planteado por los autores puesto que las muertes perinatales, en su mayoría ocurrieron en el periodo a término, en un 90%. Estos resultados reflejan que los productos obitados tenían gran posibilidad de ser viables al nacimiento.

Las patologías maternas intercurrentes durante la gestación y parto fueron factores de riesgo para muerte perinatal, de acuerdo a Salas Fraire, la ruptura prematura de membranas es un factor de riesgo para mortalidad perinatal, la cual se relaciona con bajo peso al nacer⁷⁶. En este estudio se corrobora lo mencionado, presentando un alto porcentaje de ruptura prematura de membranas con 29,2%. La ruptura prematura de membranas representa un riesgo materno y fetoneonatal de morbilidad y mortalidad. Esta condición es considerada una de las causas más frecuentes de parto prematuro, además de favorecer la penetración de gérmenes ocasionando infección que no solo compromete las membranas, la placenta y el cordón umbilical, sino también al feto, el cual se infecta a través de su superficie y de los orificios naturales.

En relación a las condiciones del feto o recién nacido, Manuel Tiaconal en su estudio encontró que un peso menor a 2500 gr se asocia con el riesgo de muerte perinatal.⁷⁷ Rivera y asociados, encontraron una asociación significativa respecto a la prematuridad con bajo peso para la edad gestacional y mortalidad perinatal, teniendo más riesgo en productos pretérmino comparado con

⁷³ Smith GC. Et al. Intervalo entre Embarazos y Riesgo de Parto Prematuro y Muerte Neonatal: Estudio Retrospectivo de Cohorte. Ago 2003

⁷⁴ Factores de Riesgo de la mortalidad perinatal en el Perú. Manuel Ticonal1, Diana Huanco,

⁷⁵ Leonor Rivera, María de Lourdes Fuentes Román, Carlos Esquinca Albores, Francisco Javier Abarca y Carlos Hernández Girón. Factores asociados a mortalidad perinatal en el Hospital General de Chiapas, Mexico. Rev Saúde Pública 2003; 37(6):687-92. www.fsp.usp.br/rsp.

⁷⁶ Asociación de ruptura prematura de membranas con morbilidad y mortalidad perinata. Salas Fraire, María Etelvina. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=226784&indexSearch=ID>

⁷⁷ Factores de Riesgo de la mortalidad perinatal en el Perú. Manuel Ticonal1, Diana Huanco,

productos de término⁷⁸. Relacionando la literatura con el presente estudio se encontró muy bajo peso con un 50% de fetos terminados en muertes perinatales. Lo cual se explica por la dificultad que representa, para el recién nacido de bajo peso la adaptación a la vida extrauterina.

El APGAR, se define como la expresión numérica de la condición del recién nacido en los primeros minutos de vida extrauterina. Según el Comité de Recién Nacidos de la Academia Americana de Pediatría los puntajes del primer minuto deben ser usados para seleccionar los niños que requieren atención especial⁷⁹. Los puntajes bajos de APGAR menores o iguales a 3 se correlacionan con muerte neonatal, Luthy y colaboradores⁸⁰ observaron que los puntajes de APGAR bajos, al minuto incrementaban 5 veces más el riesgo de morir y la mayoría de los niños fallecidos en su estudio tenían un APGAR al minuto menor o igual a 3. Estos reportes son consistentes con lo encontrado en el presente estudio en donde la mayoría de casos de muerte perinatal ocurrieron en recién nacidos que presentaron un APGAR de 0 a 3 puntos. Puntuaciones bajas de APGAR, muestran un PH significativamente bajo y presiones parciales de dióxido de carbono elevadas que son indicadores de asfixia intraparto, además, no puedan establecer una respiración adecuada debido a la rigidez de sus pulmones y requieren una ventilación inmediata con presión positiva en el momento del nacimiento.

Las malformaciones congénitas constituyen una de las principales causas de muerte neonatal. Autores como Hernández y Llano establecieron como primera causa de muerte perinatal los defectos congénitos⁸¹. Ésta misma condición se reflejó en el presente estudio con un 37,7%. Cabe resaltar, las diversas causas de las anomalías congénitas, son de origen multifactorial incluyendo en bajo porcentaje la exposición a drogas y tóxicos, aunque la mayor parte se dan por causas desconocidas.

La asistencia a las unidades de salud conlleva a un buen seguimiento del embarazo a través del control prenatal, lo que a su vez facilita la detección de factores de riesgo. La OMS define como ideal un mínimo de 5 controles

⁷⁸ Leonor Rivera, María de Lourdes Fuentes Román, Carlos Esquinca Albores, Francisco Javier Abarca y Carlos Hernández Girón. Factores asociados a mortalidad perinatal en el Hospital General de Chiapas, Mexico. Rev Saúde Pública 2003; 37(6):687-92. www.fsp.usp.br/rsp.

⁷⁹ Factores de Riesgo para muerte Neonatal. Dr. Héctor Mejía S., MSc. Sociedad Boliviana de Pediatría.

⁸⁰ Luthy DA, Shy KK, Strickland D, Wilson J, Bennett FC, Brown ZA, Benedetti TJ. Status of infants at birth and risk for adverse neonatal events and long-term sequelae : A study in low birth weight infants. Am J Obstet Gynecol 1987;157:676-9.

⁸¹ Mortalidad perinatal por defectos estructurales congénitos. Hernández Trejo María, Llano Rivas Isabel, Rivera Rueda Antonieta, Aguinaga Ríos Mónica, Mayen Molina Dora Gilda. http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=47716&id_seccion=32&id_ejemplar=4840&id_revista=7

prenatales iniciados antes de la semana 20 de gestación. En el presente estudio se encontró que la mayoría de las mujeres no realizaron un número de controles prenatales adecuado, y la mayor parte de estos se iniciaron en el segundo trimestre de gestación; lo que disminuyó la posibilidad de identificar y actuar de forma adecuada y oportuna sobre los riesgos que posee la gestante para prevenir complicaciones; lo encontrado es concordante con lo descrito por Jaramillo I, Palomino A, Pasmíño de Osorio, Pinzón F. y de Belizán J. que señalan que una deficiente atención prenatal conlleva a una elevada mortalidad perinatal y contribuye al efecto deletéreo de patologías perinatales⁸².

La asistencia a las consultas prenatales se ve influenciada por otros factores, tales como, la edad, procedencia y régimen de salud; en este sentido, en la presente investigación se observó que la mayoría de mujeres que no realizaron ningún control prenatal pertenecían al régimen subsidiado y eran procedentes de zona rural.

En relación al lugar donde terminó la gestación, es pertinente tener en cuenta, que el Hospital Universitario San José, por ser el centro de referencia de III nivel de atención del departamento del Cauca, ingresan complicaciones maternas-perinatales que no son resueltas en niveles inferiores. Es por ello, que para la solución adecuada de las necesidades encontradas en el binomio madre – hijo se requiere de un equipo multidisciplinario, calificado y entrenado. Por lo antes mencionado y destacando, que en el presente estudio, el lugar donde terminó la gestación fue el nivel III en un 96%, en el 90% de los casos la atención fue brindada por médico especialista.

Los aspectos biopsicosociales brindan bastante conocimiento para comprender las condiciones que rodearon el embarazo y que pudieron ser causantes o predisponentes de muerte perinatal. Por ello, se hace relevante revisar los aspectos psicológicos que enmarcaron la gestación de los casos de muerte perinatal.

En los resultados obtenidos en el presente estudio, se pudo observar que el tener pareja no está relacionada con muerte perinatal, probablemente esto se deba a las condiciones de vida actual, en donde el estado civil de las madres parece depender de la concepción sobre la función de la mujer que tengan tanto la mujer, la sociedad como su entorno. Arango y cols, plantean que en las sociedades tradicionales hay mayor número de madres casadas, contrario a las actuales donde se encuentran en unión libre y solteras y donde ella es más activa laboralmente⁸³.

⁸² FANEITE, Pedro; RIVERA, Clara, FANEITE, Josmery. Relación entre mortalidad perinatal y consulta prenatal Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” 1997-2006.

⁸³ Andrés Salazar Arango y cols. Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la Madre joven: estudio piloto en bogotá, colombia. Persona y Bioética, Vol. 12, Núm. 31, julio-diciembre, 2008, pp. 169-182 Universidad de La Sabana Colombia. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83211487008>

El estado civil tanto en las sociedades tradicionales como actuales, juega un papel determinante en el desarrollo del embarazo. Lara y cols, argumentan que, el no tener pareja incrementa el riesgo de depresión en 1,51 veces con relación a las que tienen pareja. Se convierte en riesgo porque se asume conductas tales como no buscar atención prenatal temprana, riesgo para preclampsia, partos prematuros, recién nacidos con bajo peso al nacer y un incremento significativo de depresión posparto, el cual conlleva a abandono del niño, no lactancia, aumentado el riesgo de muerte en el recién nacido. Salazar Arango y cols, reafirman estos conceptos al plantear que el tener una organización estable con el padre biológico del bebé, permiten dar una figura paterna durante el crecimiento y desarrollo del hijo (a), lo cual es sumamente importante en el desarrollo normal del mismo; siempre y cuando la decisión de tenerlo haya sido tomada por amor y no por obligación de darle una familia a su hijo, en una relación donde prime el amor y equilibrio emocional entre la diada⁸⁴.

Aunque en la presente investigación, el estado civil, no se comporto como factor protector es importante, tenerlo en cuenta porque ayuda a correlacionar otras variables como por ejemplo los sentimientos por parte del conyugue ante la noticia del embarazo y que probablemente, estén influyendo negativamente sobre las actitudes de cuidado que toma la madre durante el proceso de embarazo. En la población a estudio predominó la unión libre (5), en ellas la noticia de llegada del bebé no provocó las mejores reacciones por parte del conyugue 3/5, quien denota sentimientos de indiferencia (1/3) o enojo (2/3), estas actitudes del padre hacia la diada madre-hijo incrementa la angustia y el estrés y pueden generar sentimientos y conductas negativas de autocuidado. Nazar y cols, mencionan que “los sentimientos que surgen del padre ante la noticia de embarazo, son acciones negativas que se extienden a la atención prenatal, a la decisión de abortar y a consecuencias en la calidad de vida de hijos a padres”⁸⁵, por otro lado si es casada (1/3), a pesar de ser un embarazo no planeado/deseado, es símbolo de felicidad.

En este sentido autores como Carmen Torres en su estudio sobre factores de riesgo principalmente con población adolescente evidencia que cuando “el padre de su hijo (a), es un joven económica y emocionalmente inestable que evita la responsabilidad paterna, ellas tienden a formar hogares uniparentales” y esta situación conlleva a la formación de hogares monoparentales femeninos acogidos siempre de la protección de su madre que a la vez se repite de generación en generación⁸⁶.

⁸⁴ María Asunción Lara, y cols. Síntomas Depresivos en el embarazo y Factores Asociados en Pacientes de tres Instituciones de Salud de la Ciudad de México. Vol 29. Red de revistas Científicas de América latina y el Caribe.

⁸⁵ Austreberta Nasar Beutelspacher y cols. Embarazo No Deseado en Población Indígena y Mestiza de Asentamientos Urbanos Marginales de Chiapas. Vol 5. Universidad de Costa Rica. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe.

⁸⁶ TORRES CASTRO, Carmen. Factores de Riesgo en Adolescentes Embarazadas: un estudio epidemiológico en dos hospitales de Lima Perú (1999).

Lo mencionado anteriormente se puede correlacionar con estudios de Ortega, Centeno & Castillo, 2005, donde presentan conceptos diferentes con relación al rol paterno, ellos afirman que tradicionalmente, la responsabilidad de los hombres frente a su familia ha sido la de proveedor en un sentido económico y la de no involucramiento en el cuidado y desarrollo temprano de los hijos, ni de dar muestra de cariño durante el embarazo, por considerarse esto como una responsabilidad propia de las mujeres⁸⁷.

Se podría considerar que este comportamiento paternal en muchas ocasiones se debe a vivencias negativas por las cuales los padres han pasado durante sus diferentes etapas del desarrollo y se transmiten a futuras convivencias y generaciones como factor negativo para la madre gestante, quien requiere un ambiente familiar y social equilibrado que le facilite un buen desarrollo de su gestación, de lo contrario tendría una serie de repercusiones fisiológicas, porque el embarazo es concebido como algo extraño al cuerpo de la madre y es aquí donde el organismo empieza a modificar sus estructuras, sustancias y componentes bioquímicos que ayuden a la nueva adaptación. La esfera psicológica se afecta porque las sustancias reguladoras del estrés y la ansiedad se ven alteradas por factores tanto intrínsecos como extrínsecos, al igual estos afectarían al microambiente como al macroambiente materno.

Con respecto a los resultados obtenidos en lo que se refiere a la aceptación del embarazo, se puede observar diferencias que podrían marcar la pauta en la dinámica psicosocial de la asunción del embarazo, para el presente estudio, el embarazo fue concebido como planeado y deseado (4/8 casos), en esta población se demuestra que es un acontecimiento que llena de orgullo a los futuros padres, ya que, sin importar el estado civil de la madre, predomina el sentimiento de alegría ante la noticia del embarazo (4/4 casos), y a pesar de que estos resultados podrían haber generado actitudes positivas de cuidado y haber llegado a feliz término el embarazo, estos resultados no minimizaron la presencia de mortalidad, contrario a lo que los estudios en general reportan; probablemente porque la muestra es muy pequeña. Rauenhorst (2001) reafirma la importancia del adecuado apego prenatal apoyado en soporte social, relacionado particularmente con la relación de la mujer con su marido o pareja⁸⁸. Al respecto, Hoyos⁸⁹ manifiesta que si la relación de pareja es adecuada y armónica, el embarazo se afecta positivamente por la vibración emocional de lazos afectivos, en el marco de actitudes instintivas y emotivas, lo cual sustenta la presencia del compañero, como una condición necesaria para el normal desarrollo del bebé, y garantiza una situación placentera en el nacimiento. Garzón⁹⁰ también, insiste en la importancia del acompañamiento y

⁸⁷ Blanca Cecilia Vanegas. Condiciones del entorno psicosocial que contribuyan al embarazo en adolescentes, 2009

⁸⁸ ARMENGOL, Rebeca. CHAMARRO, LUSAR. Ander. GARCÍA DIE MUNOZ, María Teresa. Aspectos psicosociales en la gestación: El cuestionario de evaluación prenatal. Murcia, España. 2007. P.29

⁸⁹ Hoyos LF. Imagen paterna en la estructuración de la personalidad. Bogotá. Editores; 1982.

⁹⁰ Garzón D, Contreras E. ICBF, UNDCP. Lo humano de la comunicación. Bogotá; 1995.

de las actitudes que toma el padre durante la gestación y nacimiento, para el fortalecimiento de los vínculos familiares.

Otro aspecto a considerar dentro del estudio es la calidad de la relación en la pareja, aunque la frecuencia en la convivencia es baja (6/8 casos), sin embargo hay una incidencia en el dialogo frecuente de ellas (3/6), y dialogo con alguna frecuencia (3/6 casos). En la población a estudio (8) se destaca que en los diálogos de pareja prima la toma de decisiones de tipo económico (5/8), cuidado del bebe (2/8), cuidado con el embarazo (2/8); éstos resultados coinciden con el estudio de Parada, quien sugiere: “el proyecto de vida de las mujeres colombianas, se dirige a conseguir una pareja que las ayuden durante el embarazo para salir de las condiciones socioeconómicas insatisfechas que pasan en su hogar”⁹¹.

Por otra parte, el estudio evidencia que los casos sin convivencia (2/8) no tuvieron ningún tipo de relación y por ende ningún tipo de dialogo, ni toma de decisiones en pareja; esta situación se puede relacionar como factor de riesgo para muerte perinatal, porque, no existe apoyo por parte del conyugue, lo cual permite reafirmar la importancia del apoyo emocional que la embarazada requiere. En este sentido Gonzales y Andrade refieren que las mujeres embarazadas requieren gran afecto y apoyo por parte de sus parejas. Cuando las expresiones de apoyo o comunicación se minimizan, se afecta el apoyo emocional e incide negativamente en la autoestima del binomio madre-hijo⁹².

En el contexto familiar, el estudio muestra que en la mayoría de casos no existe una convivencia permanente con la pareja, además, se manifiesta que el apoyo familiar recibido fue calificado por las madres como regular (6/8), brindado principalmente por la madre de la embarazada, quien ofrece apoyo emocional, económico y de cuidado. Al respecto, Huiza y Pacora, encontraron en su estudio que “la falta de apoyo social de la madre se asocia con un riesgo significativamente aumentado de muerte fetal, que se presenta como consecuencia de 1) la falta de un entorno social favorable, que le permita a la mujer gestante acudir en busca de ayuda profesional, 2) la falta de fé de la mujer y su familia hacia los profesionales de la salud, y 3) la falta de una actitud mental positiva (proactiva) de la madre hacia el bienestar del hijo”⁹³. Chavez y col. plantean que las redes sociales que permean la diada madre-infante cumplen un papel clave en la conducta y las emociones que la madre adquiere

⁹¹ Andrés Salazar Arango y cols. Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la Madre joven: estudio piloto en bogotá, colombia. *Persona y Bioética*, Vol. 12, Núm. 31, julio-diciembre, 2008, pp. 169-182 Universidad de La Sabana Colombia. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83211487008>

⁹² Miguel Alexander Rodriguez Perez. Aceptación del Embarazo en Adolescentes por el grupo Familiar “12 de Octubre” Barquisimeto. Septiembre 2003 - 2004

⁹³ HUIZA, Lilia. PACORA, Percy. AYALA, Máximo. BUZZIO, Ytala. La muerte fetal y la muerte neonatal tienen origen multifactorial. *Anales de la Facultad de Medicina*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2003

durante su embarazo⁹⁴. Por su parte, Melender y Lauri, (2002); Fernández, (2005) señalan la importancia que adquiere el apoyo recibido y experimentado por la embarazada, en el fortalecimiento en ella, de los sentimientos de eficacia y los recursos para hacer frente al proceso del embarazo. Berthiaume, David Saucier y Borgeat (1998) realizaron un estudio, en el que encontraron que las mujeres con mayor apoyo social y autoestima son las que presentan niveles más bajos de depresión pre-parto⁹⁵. Chacón, Hernández y Alarcón (2000) establecen que “el apoyo social percibido, es un factor predominante en el afrontamiento positivo ante el evento estresor, y sin duda es más eficaz cuando proviene de las personas clave, a las que la embarazada esta emocionalmente ligada, en primer término el marido y en segundo la madre”⁹⁶.

Existe amplia evidencia de que un entorno familiar y social favorable actúa reduciendo el impacto de aquellas experiencias de cambio en la vida, como lo es, la etapa de gestación, que exige un proceso de reajuste en las conductas de la madre. Un buen apoyo familiar facilita a la embarazada una adecuada adaptación, y por ende disminuye los eventos de estrés, tanto en su componente fisiológico como en el psicológico, lo que en últimas se manifiesta con una disminución de complicaciones maternas y perinatales⁹⁷. El acompañamiento familiar le permite a la madre avanzar en la búsqueda de cuidados prenatales pertinentes para ella y su hijo. Por lo mencionado anteriormente, la participación activa de la familia y la comunidad se describe como uno de los componentes más efectivos para la protección de la salud de la mujer y su hijo⁹⁸.

Otro factor importante que se presentó en la investigación, se relaciona con la sintomatología de estrés, reportada por las embarazadas. En la mayoría de los casos de muerte perinatal las madres presentaron algún tipo de síntoma de estrés, tales como: llanto fácil, tensión muscular, temblor e incapacidad para relajarse; lo cual está acorde a lo encontrado por Percy Pacora en su estudio, en donde se identifica al estrés materno como un factor de riesgo para presentar un recién nacido con bajo peso al nacer, además se asocia con otras complicaciones del embarazo tales como: restricción del crecimiento fetal, parto pretérmino y con anomalías de la cresta neural craneal (ej. defectos cráneo-

⁹⁴ CHAVEZ, Courtouis. Mayra. GONZALEZ Pacheco. Itzel. Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural. México, 2007.P.101.

⁹⁵ PIMENTEL SARZURI Beatriz. ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LA C. N. S , La Paz- Bolivia

⁹⁶ CHACÓN MOYA, Ricardo. GARCÍA HERNÁNDEZ, Wilson. FLÓREZ ALARCÓN, Luis. Estudio descriptivo de los aspectos psicosociales asociados al alto riesgo obstétrico en pacientes del Instituto Materno Infantil De Santafé De Bogotá.

⁹⁷ ALVARADO M, Rubén; MEDINA L, Ernesto; ARANDA CH, Waldo. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido.

⁹⁸ PACORA, Percy et al. La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y recién nacido. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2005.

faciales, sistema nervioso central, tracto de salida del corazón) que pueden terminar causando la muerte del feto o recién nacido⁹⁹. Igualmente Salvador Moysen al hacer la revisión y el análisis de una serie de conceptos y datos empíricos sobre la influencia que ejercen las características psicosociales en la presentación de la preclampsia, encontró que el estrés psicológico se relaciona de una forma más próxima con la expresión del cuadro clínico, en donde actúa como uno de los condicionantes de la expresión de factores individuales de riesgo (genéticos, constitucionales y obstétricos), que incrementan la vulnerabilidad de la mujer embarazada para desarrollar la preclampsia, que como bien es sabido es un factor determinante de resultados desfavorables como muerte materna o muerte fetal o neonatal¹⁰⁰.

Diversos autores describen al estrés como un mediador psicobiológico entre las condiciones del entorno psicosocial y la expresión clínica de problemas de salud. Las situaciones familiares, laborales, económicas, sociales y culturales que demandan y exceden los recursos personales del individuo, que significan amenaza, desafío o daño, son factores estresantes psicosociales que desencadenan en el organismo materno la liberación de sustancias vasoactivas, el cortisol y la corticosterona. El exceso de cortisol en la sangre materna pasa al feto a través de la placenta y detiene el crecimiento fetal. Se ha demostrado que los glicocorticoides en exceso son teratógenos en animales de experimentación y en humanos, en donde se manifiesta con restricción del crecimiento fetal, prematuridad, alteraciones anatómicas y funcionales de los órganos en la vida postnatal. El estrés prolongado, además, produce una hiperactividad simpática, con descarga de catecolaminas, genera algunas complicaciones del embarazo como (Salvatierra, 1989): Aborto espontáneo, malformación fetal y crecimiento intrauterino retardado, parto prematuro, ruptura prematura de membranas y distocia hipertónica, hipertensión inducida por el embarazo¹⁰¹.

Varios estudios de investigación han detectado como el estrés psicosocial aumenta la probabilidad de tener un resultado perinatal desfavorable en un 80% para complicaciones obstétricas y 44% para complicaciones neonatales. Se presenta como un factor crítico determinante en el resultado perinatal cuando la gestante no presenta factores de riesgo biomédicos¹⁰². En este sentido, es importante destacar que durante la gestación el acontecimiento estresante más importante, suele ser el embarazo mismo. La gestación sea la primera o no, tiene un doble aspecto: como desafío y como amenaza, que le

⁹⁹ PACORA, Percy et al. La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y recién nacido. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2005.

¹⁰⁰ SALVADOR MOYSÉN, Jaime. La dimensión biopsicosocial de la preeclampsia: un abordaje conceptual-empírico. Ginecología y Obstetricia de México. Volumen 77, núm. 5. Mayo 2009.

¹⁰¹ PACORA, Percy et al. La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y recién nacido. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2005.

¹⁰² Cuidados de enfermería durante la gestación y el parto de bajo riesgo.

concede importancia para que pueda ser estresante. Un embarazo aparece de forma insidiosa, muchas veces con la imagen de una evolución futura problemática, que implica una tarea de desarrollo psicosocial cada vez más difícil y exigente. Por otro lado, la experiencia del embarazo se acompaña de trastornos físicos (náusea, vértigo, cambio de apetito, etc.), que sumado a la necesidad que tiene la madre de acudir a los servicios de salud, de sufrir exploraciones y pruebas, de obtener ciertos resultados, incrementan la tensión crónica sobre todo para la mujer que trabaja o que tiene otros hijos pequeños. Es por ello que el proceso de gestación se concreta como una amenaza de daño, incluso de muerte, de dolor, no sólo para la mujer sino también para el feto. La mujer es consciente de ello y experimenta preocupación y miedo (Salvatierra, 1989)¹⁰³.

Si ante la situación de embarazo se adicionan otros factores de tipo social que rodean el entorno de la madre, como lo es, la ocupación de la gestante, se evidencia la notable influencia y potenciación, que ejercen estos, sobre la presencia o no de estrés significativo en la madre, partiendo desde la condición del embarazo en sí mismo, como una fuente generadora de estrés. En el presente estudio, se encontró que la mayoría de las madres realizan oficios de tipo domestico (5/8), empleando en ellos, más de nueve horas diarias, por lo cual son más susceptibles a cambios como temblor, llanto fácil, tensión muscular e incapacidad para relajarse. Estos resultados se corroboran con los estudios realizados por Canaval y cols. (2000), Dogal (1995) y Romito (1993), que al respecto mencionan que el ser ama de casa o tener profesiones no cualificadas, de rango inferior, junto con otros factores como el número de hijos, hace que la mujer gestante manifieste mayor índice de depresión y síntomas de ansiedad o estrés¹⁰⁴. Asimismo, Landsbergis (1996) en su estudio sobre la influencia que ejerce el estrés psicosocial laboral durante el embarazo y Cerón y col. (2001) en su investigación acerca de los factores de riesgo para preeclampsia en las mujeres trabajadoras en México, demuestran la mayor frecuencia de toxemias en mujeres que trabajan durante el embarazo; los aspectos evaluados se refieren a la autoridad que tienen para tomar decisiones, el número de horas trabajadas y la percepción de estrés laboral¹⁰⁵. La existencia de estrés de tipo laboral durante el embarazo relacionado con el trabajo domestico, podría explicarse por varios motivos: primero, el poco o ningún reconocimiento que tiene el oficio domestico en el ámbito laboral, teniendo en cuenta que ocupa más de 8 horas diarias de trabajo, implica la realización de diversas labores que involucran actividad física pesada y por periodos prolongados y no es remunerado económicamente, encontrándose estas mujeres en una clara situación de inestabilidad laboral, que va a dificultar

¹⁰³ FLÓREZ ALARCÓN, Luis; CHACÓN MOYA, Ricardo; GARCÍA HERNÁNDEZ, Wilson. Estudio Descriptivo De Los Aspectos Psicosociales Asociados Al Alto Riesgo Obstétrico En Pacientes Del Instituto Materno Infantil De Santafé De Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Santafé De Bogotá, D.C., 2.000

¹⁰⁴ FERNANDEZ, Mateus. Luz María. SANCHEZ, Cabaco. Antonio. La depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal.P.10

¹⁰⁵ SALVADOR MOYSÉN, Jaime. La dimensión biopsicosocial de la preeclampsia: un abordaje conceptual-empírico. Ginecología y Obstetricia de México. Volumen 77, núm. 5. Mayo 2009.

la aceptación del embarazo, al considerar que no puede suplir las necesidades que implica una gestación y su resultado; segundo, la condición misma de gestación, que por los diversos cambios físicos y emocionales que trascurren, hacen que sea más difícil la realización de las actividades y el cuidado adecuado que deberían tener estas madres durante el embarazo (el ideal de cuidados durante el proceso de gestación requiere disminuir las actividades físicas fuertes después de la semana 20 de gestación, tomar varios periodos de descanso durante jornadas de trabajo, no levantar objetos pesados después de la semana 32, etc.¹⁰⁶). Este panorama empeora aún más, si se tiene en cuenta la procedencia rural de la mayoría de estas madres, que determina e involucra otro tipo de labores domésticas, tales como: actividades de agricultura, cuidados de animales, etc., tareas que implican mayor esfuerzo físico por parte de las gestantes.

El estado emocional de la mujer varía en función del proceso de gestación. La mayoría de la población a estudio presentó más de un síntoma de humor depresivo, como: insomnio, reacciones de rabia o ira y falta de interés, durante la mayor parte del embarazo, lo cual lleva a pensar que dentro de las madres a estudio existió algún grado de depresión, esta situación ocasiona una etapa difícil de sufrimiento tanto para la mujer como para quienes la rodean. Si se relaciona la presencia de síntomas de humor depresivo con la convivencia en pareja en el presente estudio es de resaltar que independiente de la convivencia o no en pareja las mujeres presentaban sintomatología de humor depresivo, es así como las madres que convivieron con su pareja reportaron insomnio y falta de interés, e igualmente reportaron síntomas de humor depresivo (insomnio y reacciones de rabia o ira) aquellas madres que no tuvieron ningún tipo de relación con su pareja. Lo hallado es contrario a lo reportado por la literatura en donde se plantea que el tipo de relación con la pareja, si es estable o no es un indicador de alerta para la presencia de la depresión (Bernazzani et al., 2004; Bifulco et al., 2004)¹⁰⁷. En el grado de satisfacción marital experimentado y percibido por la mujer gestante se obtiene un patrón inverso, de tal forma que a menor índice de satisfacción mayor es el índice de depresión pudiendo incluso estas situaciones influir en el deseo de continuar o no con el embarazo (Crockenberg y Leerkes, 2003). Al tener menos apoyo conyugal disminuye la percepción del soporte social y por tanto aumentan los sentimientos depresivos (Chacón y cols., 2000; Canaval y cols., 2000).

En cuanto al estado civil, las casadas, tienen mayor frecuencia de ansiedad, depresión y disfunción familiar que las solteras o con unión estable como se ha evidenciado en otros estudios por factores como mala relación de pareja y pobre apoyo del cónyuge

¹⁰⁶ Cuidados de enfermería durante la gestación y el embarazo de bajo riesgo.

¹⁰⁷ CHÁVEZ-COURTOIS, Mayra. GONZÁLEZ-PACHECO, Itzel. Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural. Instituto Nacional de Perinatología, México. REVISTA DIVERSITAS - PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA - Vol. 4, No 1, 2008

La depresión puede aumentar el riesgo de efectos perinatales adversos, así como afectar el desarrollo del feto (Grush y Cohen, 1998)¹⁰⁸. Relacionando la literatura con el presente estudio, se encontró que la mujer deprimida presentaba sentimientos de tristeza, perdían la paciencia ante pequeñas frustraciones y no podían dormir al irse acostar. De acuerdo a lo expuesto anteriormente se podría pensar que en la mujer embarazada, la depresión se asocia con la presencia de una inadecuada alimentación y limitada búsqueda de cuidados prenatales. Entre más deprimida está la mujer, hace que busque menos ayuda y no busque servicios para mejorar su estado convirtiéndose en una dinámica en un mayor riesgo para la mortalidad perinatal.

Sin embargo, la literatura reporta que la mayoría de las mujeres que están deprimidas en la etapa perinatal no buscan ni reciben un tratamiento específico.¹⁰⁹ Lo anterior debido a que estos síntomas hacen parte del cambio hormonal normal a la cual están expuestas.

A pesar de los anteriores tipos de estudio, la depresión en la etapa perinatal se concibe socialmente como “algo normal”, esto es, como un estado por el que toda mujer tiene que pasar durante y después del embarazo y, por lo tanto, no es cuestionable, preocupante y mucho menos atendida; esto en términos de salud es delicado, puesto que esta percepción de “normalidad” lleva a no tener que preocuparse por las consecuencias sociales y de salud que puedan causar dicha depresión y, mucho menos, a proponer opciones preventivas.

Si lo anterior se analiza detalladamente, se puede pensar que si se entiende la depresión como un estado de ánimo “natural”, no se perciben y atienden las consecuencias que de ella se puedan desprender, como los defectos congénitos en el recién nacido, la expresión de patologías maternas, como la preeclampsia.

La responsabilidad de considerar seriamente el estado de depresión perinatal como un problema real le corresponde al personal de salud. En ese sentido, se puede afirmar que el cuerpo médico tiene obligación de identificar ciertas características en las usuarias que acuden al servicio de control prenatal o posparto, las cuales indiquen posible presencia de depresión, con el fin de canalizarlas al servicio de apoyo psicológico.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto la relación existente entre variables psicológicas: estrés, depresión, baja autoestima, ansiedad, con partos más prolongados para las mujeres y una mayor cantidad de resultados negativos para el bebé, tales como nacimientos pretérmino y bajo peso al

¹⁰⁸ PIMENTEL Sarzuri, Beatriz. Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstetrico en el hospital materno infantil de la c. n. s , la paz- Bolivia. Revista Paceaña de medicina familiar. P.16

¹⁰⁹Lartigue, Teresa, J. Martín Maldonado-Durán, Itzel González-Pacheco Juan Manuel Saucedo-García. Depresión en la etapa perinatal. P.112

nacer¹¹⁰. La causa por la que se producen estos efectos nocivos no está clara, pero se asocia con problemas de depresión por tener que afrontar esa responsabilidad, ya que se genera una crisis entre la pareja lo cual se hace evidente durante el proceso de gestación debido a la vulnerabilidad en la que se encuentra la mujer. Los cambios por los cuales atraviesa una mujer durante el embarazo repercuten principalmente desde el punto de vista psicológico.

¹¹⁰ Dolores Marín Morales. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. P.5

5. CONCLUSIONES

1. El perfil presentado por estas mujeres, refleja la influencia que ejerce las condiciones sociales, culturales, demográficas y económicas sobre la presentación de la mortalidad perinatal, y la necesidad imperiosa que existe de intervenir sobre la población en desventaja social. Las madres de los casos de muerte perinatal en este estudio están entre los 20 a 29 años, en su mayoría viven en unión libre, tienen bajo nivel educacional, con ocupación dedicada al hogar, son procedentes de zonas rurales y se encuentran afiliadas al régimen subsidiado.
2. Se pone de manifiesto las precarias condiciones de la salud materna en las cuales se encontraban la mayoría de las mujeres que correspondieron a multigestantes, con periodos intergenésicos cortos (menores a 2 años), que alcanzaron embarazos a término, con patologías maternas como: ruptura prematura de membranas, infecciones urinarias y pre-eclampsia, condiciones que teóricamente son prevenibles.
3. Las condiciones biológicas del feto o recién nacido, la mayoría de muertes sucedieron antes de terminar la gestación, se caracterizaron por presentar muy bajo peso (<1500gr), los nacidos vivos obtuvieron una puntaje de apgar bajo (0 a 3 puntos), en cuanto al tiempo de vida extrauterina su duración fue menor a un día, las patologías más frecuentes fueron: defectos congénitos, asfixia neonatal y retardo del crecimiento intrauterino.
4. La mayoría de madres de los casos de muerte perinatal, pertenecían al régimen subsidiado las cuales eran de procedencia rural, quienes no realizaron un número adecuado de controles prenatales o ingresaron de forma inoportuna al programa, lo cual posiblemente se refleja la existencia de dificultades en la adecuada promoción y prestación de servicios de calidad en los programas de protección específica y detección temprana brindadas a las gestantes.

5. El embarazo es un periodo de grandes modificaciones desde el inicio de la gestación. Desde el punto de vista psicológico, la gestación supone cambios importantes en la vida de la mujer, por lo tanto, se deben emplear todos los recursos necesarios para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento, y elabore estrategias para llevar a cabo el cuidado del recién nacido facilitando así el vínculo entre ellos. De ahí la importancia que los programas de promoción y prevención de las instituciones prestadoras de servicios de salud existentes en nuestro departamento valoren la esfera psicosocial con instrumentos apropiados para ello.
6. El personal de enfermería dentro del ejercicio de su profesión, debe enfrentar no solo los aspectos físicos de la salud, sino también el entorno en el que se desarrolla el individuo, deteniéndose en aspectos tan relevantes como lo es el ámbito psicológico y social, además de ofrecer información valiosa acerca de instituciones y grupos de ayuda que le favorezcan la salud del binomio madre-hijo.
7. La depresión durante el embarazo trae efectos negativos tanto para la mujer embarazada como a su entorno inmediato, ya que existen diversos factores de riesgos que durante su etapa de gestación la hacen ser más vulnerable. Es importante contar con el apoyo de la pareja para afrontar todos los acontecimientos que sucedan durante la etapa del embarazo, ya que contribuye a mejorar la calidad de la relación e incide en la toma de decisiones.
8. La depresión al ser entendida como un estado de ánimo “natural”, no se percibe y atienden las consecuencias que de ella se puedan desprender, que se traduce en un interés nulo por buscar ayuda especializada, lo cual se convierte en un problema serio que de manera directa o indirecta afecta el bienestar del feto su desarrollo físico y psicológico. Por consiguiente, se hace necesario explorar los factores de riesgo sociodemográficos y culturales, ya que a través de éstos se podrían identificar características de mujeres que den indicios de una posible depresión durante la etapa perinatal.
9. El estrés en un grado alto (relacionado a otros factores) si produce efectos nocivos en el bebe como irritabilidad, hiperactividad y diversas alteraciones tanto a nivel fisiológico como psicológico.

6. RECOMENDACIONES

- Realizar en los controles prenatales la detección precoz de factores de riesgo, además de promover un embarazo deseado con acceso a consejería y a métodos modernos de planificación familiar.
- Es necesario que el personal de salud individualice la atención prenatal en las gestantes que han tenido alguna muerte perinatal como también en las que aun no han presentado la gestaciones en función de de la causa que motivo la muerte perinatal
- Realizar otro estudio en el cual se profundice en la esfera psicosocial durante la etapa de la gestación y sus repercusiones en producto de la gestación.
- Implementar estrategias que incluyan la valoración del ámbito psicosocial de la embarazada en el control prenatal: su relación con su pareja, la familia, presencia de síntomas depresivos, estrés, antecedentes de síntomas psiquiátricos, etc.; de manera que se pueda detectar de forma oportuna riesgos y tratarlos tempranamente.
- Evaluar la calidad de los controles prenatales realizado por el personal de salud en el departamento del Cauca, para identificar falencias y establecer Planes de Mejoramiento.
- Trabajar de manera conjunta y coordinada con el equipo multidisciplinario de salud, donde se incluya la valoración médica, psicológica y nutricional, de tal forma que se aborde a la mujer en la etapa preconcepcional, de gestación y posparto.

BIBLIOGRAFÍA

Los recién nacidos cobran más importancia. Informe de Salud en el Mundo. OMS. 2005

Boletín N° 13. Salud perinatal. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Diciembre, 2001.

CARRERA HUESO, M^a Luisa. Papel del obstetra ante la pérdida perinatal. España: Universidad de Valencia, 2004. p. 16

SÁNCHEZ-PICHARDO, Marco Antonio. Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales. VOL. 21 No. 3; JULIO-SEPTIEMBRE, 2007 en: www.imbiomed.com.mx

Trabajo de investigación. *Necesidades de los padres que afrontan el duelo perinatal en el Hospital Universitario San José de Popayán, junio- agosto de 2001*. Universidad del Cauca. Enfermería.

CORDERO, Miguel Ángel. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Revista Chilena de Pediatría* 75 (1); 67-74, 2004
ZÚÑIGA VEGA, Edith; MEDINA, Eréndira; MAJUL, Guadalupe A. *Perdida Perinatal y atención psicológica*. Infogen, 2008.

Situación Actual de las personas Adultas Mayores. Colombia. 2007. Actividad laboral, jubilación y pensiones. Pág. 1-13. Consulta realizada en: www.minproteccionsocial.gov.co

Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. World Health Organization. 2006

ZULETA TOBÓN, John Jairo; GÓMEZ DÁVILA, Joaquín Guillermo y Jaramillo Posada, Diana Cecilia. *Análisis poblacional de la mortalidad perinatal*. p.115
Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del Recién nacido en el contexto del proceso continuo de la Atención de la madre, del recién nacido y del niño. OMS. OPS. 2008
Salud Sexual y Reproductiva. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Profamilia.

Informe Quinquenal Epidemiológico Nacional. Informe de la vigilancia rutinaria de la Mortalidad Materna y Perinatal, Colombia 2007. Vol 13, N° 17. Disponible en: http://www.ins.gov.co/pdf/vcsp/2008_sivigila

Freedman L, Wirth M, Waldman R, Chowdhury M, Rosenfield A. Millenium Project: background paper of the Task Force on child health and maternal health. New York: United Nations Development Programme (UNDP); 2003.
Mortalidad Perinatal en las Americas. 2004... p. 279-280

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, *Resolución 00412/2000*, Santa Fe de Bogotá, D.C, de Febrero de 2000

TEZOQUIPA, Isabel H.; LOZANO, Estela; CASTAÑEDA HERNANDEZ, Maria Antonieta; FERNANDEZ GARCIA, Victoria; JIMENEZ, Juana; MARTINEZ, Patricia Catalina. Cuidados Prenatales. Boletín de Información Científica para el Cuidado en Enfermería. Vol.1, No. 1,2002.

HERRERA JA; SALMERÓN B y HURTADO H. The bio psychosocial risk assessment and the low birth weight. *Soc Sci Med* 1997; 44: 1107-1114.

VELASCO-MURILLO, Vitelio; PALOMARES-TREJO, Angélica; NAVARRETE-HERNÁNDEZ, Eduardo. Causalidad y tendencia de la mortalidad perinatal hospitalaria en el IMSS, 1998-2002. *Cir Ciruj* 2003; 71: 304-313

Salud perinatal. Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo humano (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Vol I N°2 – 1983.

Hdez-García J.M.. Placenta. En: Tratado de obstetricia y ginecología. Usandizaga J.A., De la Fuente P. Edit. Mc Graw Hill.- Interamericana de España. Madrid 1997 Vol 1. Pag. 67-84.

Normas e instrucciones sobre la codificación de la mortalidad fetal y neonatal. Estadísticas vitales. DANE.

TIACONAL, Manuel; HUANCO, Diana. Factores de Riesgo de la Mortalidad Perinatal en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2003; 49 (4) : 227 – 236.

OMS, CLAP, DANE. Clasificación internacional de enfermedades.

ABARCA, Francisco Javier y HERNÁNDEZ GIRÓN, Carlos. Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas, México. Rev. Saúde Pública, 2003. p. 687-92. Disponible en: www.fsp.usp.br/rsp

PIANTA, Ivonne Szasz. Salud materno-infantil, salud de la mujer y salud reproductiva. Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer. Disponible en : www.robertexto.com.

HUIZA, Lilia; PACORA, Percy; AYALA, Máximo; BUZZIO, Ytala. Muerte fetal y muerte neonatal tienen origen multifactorial. Anales de la Facultad de Medicina, Volumen 64 N°1, 2003.

OCHOA BRIZUELA, José Francisco; RUIZ OROZCO, Francisco José. Factores asociados a la mortalidad perinatal. Hospital Regional asunción enero 1998 – diciembre 2002. Juigalpa Chontales.

Calidad Del Control Prenatal Realizado Por Profesionales De Enfermería En Una IPS Pública, Manizales 2007. Hacia La Promoción De La Salud, Volumen 13, Enero-Diciembre Del 2008.

Manual AIEPI Neonatal en el contexto materno-recién nacido-salud infantil.

Secretaria de Salud del Municipio. Plan de Salud del municipio de Popayán 2008 – 2011.

LAWN, Joy; SINES, Erin; BELL, Robin. Perspectivas de las políticas sobre salud neonatal. Nov. 2004. Salvar las vidas de los recién nacidos. SAVE THE CHILDREN.

DELGADO NOGUERA, Mario Francisco; TABARES TRUJILLO, Rosa Elizabeth; ALVARADO LLANO, Beatriz Eugenia; BEDOYA IDROBO, Luz Marina; DEL CAIRO SILVA, Carolina; CALVACHE ESPAÑA, José Andrés. Signos de alarma en enfermedad neonatal: percepciones de los cuidadores primarios y de los trabajadores de salud. Estudio colaborativo

ANEXOS

ANEXO A. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES. FACTORES BIOPSIOSOCIALES PRESENTES EN LAS MUERTES PERINATALES. HUSJ. POPAYÁN. ENE, 2007 – JUN, 2009

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
I. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO	Aspectos personales que identifican a la población a estudio; obtenidos de la Historia clínica.	Edad cronológica de la madre	Tiempo transcurrido en años de la madre desde el nacimiento hasta el momento de la ocurrencia del evento ¹ .	Ordinal (recodificada)	Edad de la madre _____ años (años cumplidos)
		Estado civil	Situación o condición conyugal de la madre en el momento del evento.	Nominal Politómica	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viuda
		Escolaridad	Nivel educativo alcanzado por la madre hasta el momento de la ocurrencia del evento.	Ordinal	Escolaridad: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario incompleto <input type="checkbox"/> Universitario incompleto

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
		Ocupación	Actividad que desempeñaba la madre hasta el momento de la ocurrencia del evento.	Nominal Politológica	Ocupación: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Trabajo Independiente <input type="checkbox"/> Empleado
		Procedencia	Lugar donde residía habitualmente la madre, hasta el momento de la ocurrencia del evento.	Nominal dicotómica	Procedencia: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural
		Zona de Procedencia	Área geográfica de donde procede la madre.	Escala	Zona de procedencia: <input type="checkbox"/> Zona sur <input type="checkbox"/> Zona centro <input type="checkbox"/> Zona norte <input type="checkbox"/> Zona oriente <input type="checkbox"/> Zona pacifico
		Régimen de Salud	Condición de afiliación de la madre al Sistema de Seguridad Social en Salud, en el momento de la ocurrencia del evento.	Nominal	Régimen de salud: <input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Vinculado

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
II. CONDICIONES BIOLÓGICAS MATERNAS	Características de orden biológico que presentaba la madre hasta el momento de la ocurrencia del evento mórbido; según datos presentes en la historia clínica.	Gestas	Número de embarazos que había tenido la madre, al momento de la ocurrencia del evento mórbido.	Nominal (recodificada)	Gestas: <input type="checkbox"/> Primigesta <input type="checkbox"/> Multigesta (2–5) <input type="checkbox"/> Gran multigesta (6 y mas)
		Paridad	Número de partos vaginales vivos o muertos con peso \geq a 1000 gramos o \geq 20 semanas de gestación, que haya tenido la madre hasta el momento de la ocurrencia del evento mórbido ¹ .	Nominal Politomica	Paridad: <input type="checkbox"/> Nulípara <input type="checkbox"/> Primípara (1) <input type="checkbox"/> Multípara (2-5) <input type="checkbox"/> Gran multípara (6 y mas)
		Aborto	Número de embarazos de la madre, que habían terminado antes de las 20 semanas de gestación, al momento de ocurrencia del evento mórbido ¹ .	Escala	Aborto: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Cuatro o más

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
		Cesárea	Número de partos que terminaron a través de una intervención quirúrgica, hasta el momento de la ocurrencia del evento mórbido ¹ .	Ordinal	Cesárea: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres y mas
		Numero de nacidos muertos (óbitos):	Número de muertes fetales in útero ocurridas después de 20 semanas de gestación en los embarazos anteriores al relacionado con el evento mórbido ¹ .	Escala	Numero de nacidos muertos: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Cuatro o más
		Intervalo Intergenésico	Tiempo comprendido en meses entre el término del embarazo anterior y el inicio del embarazo relacionado al evento mórbido.	Ordinal (recodificado)	Intervalo Intergenésico: <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Menos de dos años <input type="checkbox"/> Tres a cuatro años <input type="checkbox"/> Mayor de cinco años

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
		Edad gestacional al momento del parto	Tiempo cronológico medido en semanas de gestación que cursaba la madre, determinado por FUM y/o valorado por ultrasonido, hasta el momento de la interrupción del embarazo relacionado con el evento mórbido ⁱⁱ .	Razón	Edad gestacional al momento del parto: _____ Semanas de gestación. Recodificado: Edad gestacional: <input type="checkbox"/> Embarazo pretérmino <input type="checkbox"/> Embarazo a Término <input type="checkbox"/> Embarazo posttermino
		Patologías durante el embarazo	Enfermedades que presentó la madre durante el embarazo relacionado con el evento mórbido.	Nominal Politolmica	Patologías durante el embarazo: <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Diabetes pregestacional <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional <input type="checkbox"/> Anemia ferropénica <input type="checkbox"/> Pre-eclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Hemorragias de primera mitad <input type="checkbox"/> Hemorragias de segunda mitad <input type="checkbox"/> Infección urinaria <input type="checkbox"/> Otras infecciones <input type="checkbox"/> Amenaza de parto pretérmino <input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membranas <input type="checkbox"/> Retardo del crecimiento intrauterino <input type="checkbox"/> Otros

					<input type="checkbox"/> Ninguna
--	--	--	--	--	----------------------------------

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
III. CONDICIONES BIOLÓGICAS DEL FETO O RECIÉN NACIDO EN EL MOMENTO DE LA MUERTE	Características de orden biológico que presentaba el feto o recién nacido en el momento de la ocurrencia del evento mórbido; según datos de historia clínica y registro de defunción.	Edad del recién nacido	Tiempo vivido por el recién nacido al momento de su defunción ¹ . Expresado horas.	Ordinal	Edad del recién nacido: <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Menos de 1 día <input type="checkbox"/> Dos a cuatro días <input type="checkbox"/> Cinco a siete días
		Peso del feto o recién nacido	Medida expresada en gramos del producto obitado o del recién nacido ¹ .	Nominal (recodificado)	Peso del feto o recién nacido: <input type="checkbox"/> Muy bajo peso <input type="checkbox"/> Peso intermedio <input type="checkbox"/> Peso Normal
		APGAR del recién nacido	Condición del recién nacido al momento del nacimiento en cuanto a parámetros definidos (frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono, irritabilidad y coloración). Expresado mediante puntos que van de 0 a 10 ¹ .	Ordinal	APGAR del recién nacido: <input type="checkbox"/> 0 - 3 puntos <input type="checkbox"/> 4 - 7 puntos <input type="checkbox"/> 7 - 10 puntos

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
		<p>Patologías del Recién Nacido</p>	<p>Presencia de enfermedades en el producto de la gestación al momento del nacimientoⁱⁱⁱ.</p>	<p>Nominal Politómica</p>	<p>Patologías del recién nacido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Membrana hialina <input type="checkbox"/> Síndrome de Aspiración <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Asfixia neonatal <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Defectos congénitos <input type="checkbox"/> Defectos neurológicos <input type="checkbox"/> Retardo del crecimiento intrauterino <input type="checkbox"/> Otros
		<p>Momento en que ocurrió la muerte con relación al parto</p>	<p>Momento en el que ocurrió la muerte del feto o recién nacido en relación al parto.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Momento en que ocurrió la muerte con relación al parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anteparto <input type="checkbox"/> Intraparto <input type="checkbox"/> Posparto

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
IV. FACTORES PSICOLÓGICOS PRESENTES EN LAS MADRES A ESTUDIO	Características psicológicas que presentaba la madre hasta el momento de la ocurrencia del evento mórbido.	Aceptación del embarazo	Acción desplegada por los progenitores de percibir de aprobación y tolerancia frente al embarazo, de manera voluntaria.	Nominal Politómica	<p>El embarazo fue...</p> <input type="checkbox"/> Planeado <input type="checkbox"/> Deseado <input type="checkbox"/> Planeado y deseado <input type="checkbox"/> Ninguna
					<p>¿Cómo se sintió usted cuando se entero que estaba en embarazo?</p> <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Con miedo <input type="checkbox"/> Con rabia <input type="checkbox"/> Con alegría <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?: _____
					<p>¿Cómo se sintió usted durante la mayor parte de su embarazo?</p> <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Con miedo <input type="checkbox"/> Con rabia <input type="checkbox"/> Con alegría <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?: _____

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
					<p>¿Cuál fue el comportamiento que su conyugue/compañero asumió cuando supo que estaba en embarazo?</p> <p><input type="checkbox"/> Estaba alegre</p> <p><input type="checkbox"/> Estaba enojado</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuentemente la golpeaba</p> <p><input type="checkbox"/> Algunas veces la golpeaba</p> <p><input type="checkbox"/> No hubo mayores cambios</p> <p><input type="checkbox"/> Fue indiferente</p> <p><input type="checkbox"/> Le brindaba mucho apoyo</p> <p><input type="checkbox"/> La consentía.</p>
		<p>Caracterización de la relación con la pareja</p>	<p>Conjunto de elementos que rodean la relación en pareja.</p>		<p>Durante su embarazo usted y su pareja...</p> <p><input type="checkbox"/> Convivieron juntos</p> <p><input type="checkbox"/> No convivieron juntos pero su pareja la visitaba frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> No convivieron juntos pero mantenían comunicación vía telefónica</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
					<p>¿Durante su embarazo, su compañero/conyugue y usted hablaban acerca del bebe que usted esperaba?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Casi nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Casi siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> <p>¿Durante su embarazo, usted y su pareja, que tipo de decisiones tomaban?</p> <p><input type="checkbox"/> Económicas</p> <p><input type="checkbox"/> De cuidado del embarazo</p> <p><input type="checkbox"/> Emocionales</p> <p><input type="checkbox"/> De cuidado del bebé</p> <p>¿Durante su embarazo, su compañero/conyugue le ayudaban con las labores domesticas cuando usted lo necesitaba?</p> <p><input type="checkbox"/> Cocinar</p> <p><input type="checkbox"/> Lavado de ropa</p> <p><input type="checkbox"/> Aseo de la casa</p> <p><input type="checkbox"/> otras</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p><input type="checkbox"/> No aplica</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
		Apoyo familiar	Nivel de ayuda, participación y manifestaciones de afecto brindadas por la pareja y/o núcleo familiar, y recibida por la madre durante el proceso de gestación hasta el momento de la ocurrencia del evento.	Nominal Politómica	<p>Usted sintió que el apoyo que recibió de su familia durante su embarazo fue...</p> <p><input type="checkbox"/> Bueno</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Malo</p> <p>¿De su familia quién la ayudó más durante el embarazo?</p> <p><input type="checkbox"/> Madre</p> <p><input type="checkbox"/> Nadie</p> <p><input type="checkbox"/> Hermana</p> <p>¿Qué tipo de apoyo recibió de su familia durante su embarazo?</p> <p><input type="checkbox"/> Emocional</p> <p><input type="checkbox"/> Económico</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado</p> <p><input type="checkbox"/> Información sobre el embarazo</p> <p><input type="checkbox"/> Todas las anteriores</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
					<p>¿Qué tipo de apoyo recibió de su cónyuge/compañero durante su embarazo?</p> <p><input type="checkbox"/> Emocional</p> <p><input type="checkbox"/> Económico</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado</p> <p><input type="checkbox"/> Información sobre el embarazo</p> <p><input type="checkbox"/> Todas las anteriores</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p>
		Estrés	Estado sobrecarga psicológica, que se acompaña de síntomas tales como: llanto fácil, tensión muscular, sobresalto, temblor, incapacidad para relajarse.	Nominal Politomica	<p>¿Durante su embarazo presentó?</p> <p><input type="checkbox"/> Llanto fácil</p> <p><input type="checkbox"/> Tensión muscular</p> <p><input type="checkbox"/> Sobresalto</p> <p><input type="checkbox"/> Temblor</p> <p><input type="checkbox"/> No poderse quedar quieta en un solo sitio</p> <p><input type="checkbox"/> Incapaz de relajarse</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
		Ansiedad	Estado de sobrecarga y tensión física o psíquica con la sensación de cansancio, que refiere la madre durante la gestación, asociada al evento mórbido. Se manifiesta con los síntomas de tensión emocional.	Nominal politomica	<p>¿Durante su embarazo, en general usted se sintió ansiosa?</p> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre
		Estrés Laboral	Estado de sobrecarga emocional producido por dificultades generadas del entorno laboral de la madre.	Nominal politomica	<p>¿Durante su embarazo que actividades domesticas/laborales realizaba?</p> <input type="checkbox"/> Oficios domésticos <input type="checkbox"/> Trabajo independiente <input type="checkbox"/> Empleada en casa de familia <input type="checkbox"/> Empleada
					<p>¿Cuáles actividades laborales/domesticas le producían cansancio?</p> <input type="checkbox"/> Lavado de ropa <input type="checkbox"/> Madrugar <input type="checkbox"/> Caminar largas distancias <input type="checkbox"/> Cocinar <input type="checkbox"/> Cargar objetos pesados

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
					<p>¿Cuántas horas al día dedicaba a su trabajo durante su embarazo?</p> <input type="checkbox"/> 1 – 4 horas <input type="checkbox"/> 5 – 8 horas <input type="checkbox"/> Más de 9 horas <input type="checkbox"/> No aplica
		<p>Humor Depresivo</p>	<p>Estado de ánimo caracterizado por pérdida de interés en actividades cotidianas con tendencia al aislamiento y cambios inesperados de estado de ánimo. Puede ser identificado por la presencia de al menos dos, de los siguientes indicadores: insomnio, falta de interés, tristeza, variaciones del humor durante el día^{iv}.</p>	<p>Nominal Politomica</p>	<p>¿Durante su embarazo presentó?</p> <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Falta de interés <input type="checkbox"/> No disfrutaba de pasatiempos <input type="checkbox"/> Tristeza constante <input type="checkbox"/> Reacciones de rabia o ira <input type="checkbox"/> Ninguna

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
V. ATENCIÓN DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO	Actividades, procedimientos e intervenciones que realizados a la madre durante el proceso de gestación y parto, (relacionados con la muerte perinatal).	Control prenatal	Número de veces que la mujer asistió a la atención del embarazo relacionado al evento mórbido.	Nominal (recodificada)	No. de controles prenatales: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> uno a tres controles <input type="checkbox"/> Cuatro a seis controles <input type="checkbox"/> Siete controles o más
		Inicio de control prenatal	Trimestre del embarazo (relacionado al evento mórbido) en el cual la madre asistió por primera vez al control prenatal.	Ordinal (recodificado)	Inicio de control prenatal: <input type="checkbox"/> Primer trimestre <input type="checkbox"/> Segundo trimestre <input type="checkbox"/> Tercer trimestre <input type="checkbox"/> No aplica
		Lugar de asistencia al control prenatal	Sitio y/o lugar donde la mujer asistió a que le realicen su control prenatal durante el embarazo relacionado con el evento mórbido.	Nominal Politomica	Lugar de asistencia al control prenatal: <input type="checkbox"/> Centro o puesto de salud <input type="checkbox"/> Hospital nivel I <input type="checkbox"/> Hospital nivel II <input type="checkbox"/> Hospital nivel III <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> No aplica

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
		Lugar de atención al inicio del trabajo de parto	Sitio y/o lugar donde la mujer inició el trabajo de parto (presencia de contracciones uterinas) relacionado con el evento mórbido.	Nominal	Lugar de atención al inicio del trabajo de parto: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Institución Nivel 1 <input type="checkbox"/> Institución Nivel 2 <input type="checkbox"/> Institución Nivel 3
		Remisión a un nivel de atención superior	Orden medica de envío de la madre para recibir la atención del parto relacionado con el evento mórbido.	Nominal dicotómica	¿Fue remitido a un nivel de atención superior? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		Tiempo de traslado al sitio definitivo de atención	Tiempo medido en minutos que tardó el traslado de la madre al sitio definitivo para la atención del parto relacionado al evento mórbido.	Escala	Tiempo de traslado al sitio definitivo de atención: <input type="checkbox"/> Menos de una hora <input type="checkbox"/> dos a cuatro horas <input type="checkbox"/> Más de cuatro horas

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	PREGUNTA O ÍTEM
		Lugar donde terminó la gestación	Sitio y/o lugar donde terminó el trabajo de parto relacionado con el evento mórbido.	Nominal Politómica	Lugar donde terminó la gestación: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Institución nivel 1 <input type="checkbox"/> Institución nivel 2 <input type="checkbox"/> Institución nivel 3 <input type="checkbox"/> En el traslado al centro de salud
		Persona que atendió el parto	Se refiere al tipo de recurso o personal que realizó la atención del parto relacionado con el evento mórbido.	Nominal Politómica	Persona que atendió el parto: <input type="checkbox"/> Médico especialista <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar enfermería <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Otro
		Vía de finalización del parto	Se refiere al mecanismo de evacuación del producto al momento del parto relacionado con el evento mórbido.	Nominal dicotómica	Vía del parto: <input type="checkbox"/> Abdominal (cesárea) <input type="checkbox"/> Vaginal

ⁱ ANDERSON, Lois E. Diccionario Mosby's Medical, Nursing and allied Health Dictionary

ⁱⁱ Asamblea Mundial de la Salud (resoluciones WHA20.19 y WHA43.24) de acuerdo con el Artículo 23 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

ⁱⁱⁱ OCHOA, José Francisco; RUIZ, Francisco José. Factores de Factores asociados a Mortalidad Perinatal, Enero 1998 – Diciembre 2002

^{iv} HERRERA, Julián A.; HURTADO, Hugo; CACERES, Delcy; GRACIA, Beatriz. Aplicación de un modelo biopsicosocial para reducción de la mortalidad materna y perinatal en Colombia. 1997.

ANEXO B.

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES PRESENTES EN LAS MUERTES PERINATALES. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ. ENE, 2007- JUNIO, 2009.

CUESTIONARIO

CODIGO: _____

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACION A ESTUDIO

1. Edad cronológica: _____ años

2. Estado civil:

2.1 Casada

2.2 Unión libre

2.3 Soltera

2.3 Separada

2.4 Viuda

3. Escolaridad:

3.1 Ninguno

3.2 Primaria incompleta

3.3 Primaria completa

3.4 Secundaria incompleta

3.5 Secundaria completa

3.6 Técnico

3.7 Universitario incompleto

3.7 Universitario completo

4. Ocupación:

4.1 Estudiante

4.2 Ama de casa

4.3 Empleada

4.4 Trabajo independiente

4.5 Ninguno

5. Procedencia:

5.1 Urbano

5.2 Rural

6. Zona de procedencia

6.1 Zona sur

6.2 Zona centro

6.3 Zona norte

6.4 Zona oriente

6.5 Zona pacifico

7. Régimen de Salud:

7.1 Contributivo

7.2 Subsidiado

7.3 Vinculado

7.4 Desplazado

II. CONDICIONES BIOLÓGICAS MATERNAS

8. Gestas:

8.1 Primigesta

8.2 Multigesta (2-5)

8.3 Gran Multigesta (6 y más)

9. Paridad:

9.1 Nulípara

9.2 Primípara

9.3 Multípara (2-5)

9.4 Gran Multípara (6 y más)

10. Aborto:

10.1 Ninguno

10.2 Uno

10.3 Dos

10.4 Tres y más

11. Cesárea:

11.1 Ninguna

11.2 Una

11.3 Dos

11.4 Tres y más

12. Numero de nacidos muertos (óbitos):

12.1 Ninguno

12.2 Uno

12.3 Dos o más

13. Intervalo Intergenésico:

13.1 Menos de dos años

13.2 Tres a cuatro años

13.3 Mayor de cinco años

13.4 No aplica

14. Edad gestacional al momento del parto:

14.1 Embarazó pretérmino

14.2 Embarazó a término

14.3 Embarazó a postérmino

15. Patologías durante el embarazo:

15.1 Hipertensión arterial

15.2 Cardiopatía

15.3 Diabetes

15.4 Diabetes gestacional

pregestacional

15.5 Anemia ferropénica

15.6 preclampsia

15.7 Eclampsia

15.8 Hemorragia de la primera mitad

15.9 Hemorragia de segunda mitad

15.10 Infecciones urinarias

15.11 Otras infecciones

15.12 Amenaza de parto pretérmino

15.13 Ruptura prematura de

15.14 Retardo de crecimiento

membrana
15.14 Otros

intrauterino
15.15 Ninguna

III. CONDICIONES BIOLÓGICAS DEL FETO O RECIÉN NACIDO EN EL MOMENTO DE LA MUERTE

16. Edad del Recién nacido:

16.1 Menos de un día

16.2 Dos a cuatro días

16.3 Cinco a siete días

16.4 No aplica

17. Peso del feto o recién nacido:

17.1 Muy bajo peso

17.2 Peso Intermedio

17.2 Peso normal

18. APGAR del Recién Nacido:

19.1 0-3 puntos

19.2 4-7 puntos

19.3 7-10 puntos

19. Momento en que ocurrió la muerte:

20.1 Anteparto

20.2 Intraparto

20.3 Posparto

20. Patologías del recién nacido:

21.1 Membrana Hialina

21.2 Síndrome de Aspiración

21.3 Hemorragias

21.4 Asfixia Neonatal

21.5 Infecciones

21.6 Defectos congénitos

21.7 Defectos Neurológicos

21.8 Retardo del crecimiento

21.9 Otros

intrauterino

IV. ATENCION DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO

21. Numero de controles prenatales:

- 21.1 Uno a tres controles 21.2 Cuatro a seis controles
21.3 Siete controles o más

22. Inicio del control prenatal:

- 22.1 Primer trimestre 22.2 Segundo trimestre
22.3 Tercer trimestre 22.4 No aplica

23. Lugar de asistencia al control prenatal:

- 23.1 Privado 23.2 Hospital
23.3 Centro o puesto de salud 23.4 EPS-IPS

24. Lugar de atención al inicio del trabajo de parto:

- 26.1 Casa 26.2 Institución nivel I
26.3 Institución nivel II 26.4 Institución nivel III

25. Remisión a un nivel de atención superior:

- 27.1 SI 27.2 NO

26. Tiempo de traslado al sitio definitivo de atención: (horas).

- 26.1 Menos de una hora 26.2 Dos a cuatro horas
26.3 Más de cuatro horas

27. Medio de transporte al sitio definitivo de atención:

- 29.1 Ambulancia 29.2 Transporte publico
29.3 Transporte particular 29.4 Otro

28. Lugar donde termino la gestación:

- 30.1 Casa 30.2 Institución nivel I
30.3 Institución nivel II 30.4 Institución nivel III
30.5 En el traslado al centro de salud

29. Persona que atendió el parto:

- 31.1 Medico Especialista 31.2 Medico General
31.3 Enfermera 31.4 Auxiliar de Enfermería
31.5 Partera 31.6 Esposo
31.7 Otro
32.1 Abdominal (cesárea) 32.2 Vaginal

ANEXO B.

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES PRESENTES EN LAS MUERTES PERINATALES. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ. ENE, 2007- JUNIO, 2009.

INSTRUCTIVO DE FORMULARIO

Con base en la revisión de las historias clínicas de los casos, responda las preguntas correspondientes.

CÓDIGO: Escriba en el espacio en blanco el número de la encuesta en orden consecutivo, iniciando desde la 001.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO

1. Edad cronológica:

Escriba en el espacio en blanco la edad cumplida en años, que tenía la madre en el momento del evento a estudio.

2. Estado civil:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco correspondiente, el estado civil de la madre al momento de la ocurrencia del evento a estudio.

3. Escolaridad:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, la escolaridad correspondiente de la madre en el momento de la ocurrencia del evento; de la siguiente manera: primaria incompleta en caso de que curso algunos grados, primaria completa cuando aprobó los grados correspondientes en su totalidad, secundaria incompleta cuando curso solo algunos grados, secundaria completa en caso tal que haya aprobado todos los grados en su totalidad. Si es profesional, técnica o curso algún semestre de universidad.

4. Ocupación:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, el tipo de ocupación que tenía la madre al momento de la ocurrencia del evento a estudio.

5. Procedencia:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, el lugar de procedencia de la madre en el momento de la ocurrencia del evento a estudio, según corresponda en zona: rural o urbana.

6. Régimen de Salud:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, el tipo de afiliación al SGSSS que tenía la madre en el momento de la ocurrencia del evento a estudio.

II. CONDICIONES BIOLÓGICAS MATERNAS

7. Gestas:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según el número de embarazos, que tenía la madre hasta el momento de la ocurrencia del evento a estudio, de la siguiente forma:

7.1 Primigesta: si el embarazo relacionado al evento a estudio es el primero.

7.2 Multigesta: si la madre ha tenido de 2 a 5 embarazos anteriores al embarazo relacionado al evento a estudio.

7.3 Gran multigesta: si la madre ha tenido más de 6 embarazos anteriores al embarazo relacionado al evento a estudio.

8. Paridad:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según el número de partos por vía vaginal, que tenía la madre hasta el momento de la ocurrencia del evento a estudio, de la siguiente forma:

8.1 Nulípara: cuando la mujer no ha tenido ningún parto.

8.2 Primípara: si la mujer solo la ha tenido un parto.

8.3 Multigesta: si la madre ha tenido de 2 a 5 partos.

8.4 Gran multigesta: si la madre ha tenido más de 6 partos.

9. Abortos:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda el número de abortos que ha tenido la madre hasta el momento de la ocurrencia del evento a estudio.

10. Cesárea:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda el número de cesáreas que ha tenido la madre hasta el momento de la ocurrencia del evento a estudio.

11. Numero de nacidos muertos (óbitos):

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda el número de hijos nacidos muertos (óbitos) de la madre hasta el momento de la ocurrencia del evento a estudio.

12. Intervalo Intergenésico:

Escriba en el espacio en blanco según corresponda, el número en meses transcurrido entre el término del embarazo anterior y el inicio del embarazo relacionado con el evento a estudio.

13. Edad gestacional al momento del parto:

Escriba en el espacio en blanco, según corresponda el número de semanas de gestación que cursaba la madre, determinado por la FUM (fecha de última menstruación) y/o valorado por ultrasonido, hasta el momento de la interrupción del embarazo relacionado con el evento a estudio.

14. Embarazo de Riesgo:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda:

14.1 SI: En caso de que la madre presentó patologías obstétricas o circunstancias especiales que representaban peligro para su salud, la del feto, o recién nacido, durante el embarazo relacionado con el evento a estudio.

14.2 NO: En caso de que la madre no presentó patologías obstétricas o circunstancias especiales que representaban peligro para su salud, la del feto, o recién nacido durante el embarazo relacionado con el evento a estudio.

15. Patologías durante el embarazo:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda la enfermedad (es) que presentó la madre durante el embarazo relacionado con el evento a estudio.

III. CONDICIONES BIOLÓGICAS DEL FETO O RECIÉN NACIDO EN EL MOMENTO DE LA MUERTE

16. Edad Gestacional:

Escriba en el espacio en blanco, según corresponda el número en semanas de gestación del producto, determinado mediante examen físico del recién nacido, hasta el momento de la interrupción del embarazo relacionado al evento mórbido

17. Edad del Recién nacido:

Escriba en el espacio en blanco, según corresponda el número en horas o días que vivió el recién nacido hasta el momento de su defunción.

18. Peso del feto o recién nacido:

Escriba en el espacio en blanco, según corresponda el peso en gramos del feto o recién nacido en el momento de la ocurrencia del evento a estudio.

19. APGAR del Recién Nacido:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda el puntaje de APGAR del recién nacido al minuto de nacido en el momento de la ocurrencia del evento a estudio.

20. Momento en que ocurrió la muerte:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, el momento en el que ocurrió la muerte del feto o recién nacido del evento a estudio; de la siguiente manera:

20.1 Anteparto: antes del parto

20.2 Intraparto: durante del parto

20.3 Posparto: después del parto

21. Patologías del recién nacido:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda la enfermedad (es) que presentó el recién nacido hasta el momento de la ocurrencia del evento a estudio.

22. Causa básica de muerte del feto o recién nacido:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda la enfermedad (es) a las cuales se atribuye la muerte del feto o recién nacido relacionado con el evento a estudio.

IV. ATENCIÓN DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO

23. Control Prenatal:

Escriba en el espacio en blanco el número de controles prenatales a los cuales asistió la madre durante el embarazo relacionado con el evento a estudio.

24. Inicio del control prenatal:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda, el trimestre de embarazo donde inicio la madre el control prenatal hasta el momento de la ocurrencia del evento a estudio; de la siguiente manera:

24.1 Primer trimestre: desde el primer mes de embarazo hasta el tercer mes.

24.2 Segundo trimestre: desde el cuarto mes de embarazo hasta el sexto mes de embarazo.

24.3 Tercer trimestre: desde el séptimo semestre hasta en noveno mes.

25. Lugar de asistencia al control prenatal:

Para las madres que asistieron al control prenatal, se marca con una **X** en el recuadro en blanco, el lugar donde realizo los controles del embarazo durante el embarazo relacionado con el evento a estudio.

26. Lugar de atención al inicio del trabajo de parto:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda, el lugar donde se atendió la madre al inicio del trabajo de parto relacionado con el evento a estudio.

27. Remisión a un nivel de atención superior:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda, sí la madre fue remitida a un nivel de atención superior o no en el embarazo relacionado con el evento a estudio.

28. Tiempo de traslado al sitio definitivo de atención:

Escriba en el espacio en blanco, según corresponda el tiempo en minutos transcurrido desde el traslado de la madre al sitio definitivo de atención del parto relacionado con el evento a estudio.

29. Medio de transporte al sitio definitivo de atención:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda, el medio de transporte utilizado para acceder al sitio definitivo de atención del parto relacionado con el evento a estudio.

30. Lugar donde termino la gestación:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda el lugar donde termino la gestación de la madre relacionado con el evento a estudio.

31. Persona que atendió el parto:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda la persona que atendió el parto relacionado con el evento a estudio.

32. Vía de finalización del parto:

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda la vía de finalización del parto relacionado con la ocurrencia del evento a estudio.

ANEXO C.

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES PRESENTES EN LAS MUERTES PERINATALES. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ. ENE, 2007- JUNIO, 2009.

FORMATO DE ENCUESTA ESTRURADA

OBJETIVO: Conocer los factores de orden psicológicos que presento la madre durante el embarazo relacionado al evento a estudio, y que pudieron influir en el resultado de la gestación.

CÓDIGO: _____

Fecha de Aplicación: _____

FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS PRESENTES EN LAS MADRES A ESTUDIO

ACEPTACIÓN DEL EMBARAZO

1. ¿El embazo fue planeado?

1.1 SI 1.2 NO

2. ¿El embarazo fue deseado?

2.1 SI 2.2 NO

3. ¿Cómo se sintió usted cuando se entero que estaba en embarazo?

3.1 Triste 3.2 Con miedo 3.3 Con rabia
3.4 Con alegría 3.3 Otro ¿Cuál? _____

4. ¿Cómo se sintió usted durante la mayor parte de su embarazo?

4.1 Triste 4.2 Con miedo 4.3 Con rabia
4.4 Con alegría 4.3 Otro ¿Cuál? _____

5. ¿Cuál fue el comportamiento que su cónyuge/compañero asumió cuando supo que estaba en embarazo?

5.1 Estaba alegre 5.2 Estaba enojado
5.3 Frecuentemente la golpeaba 5.4 Algunas veces la golpeaba
5.5 No hubo mayores cambios 5.6 Fue indiferente
5.7 Le brindaba mucho apoyo 5.8 La consentía

APOYO FAMILIAR

6. ¿Cómo calificaría usted el apoyo que recibió de su familia durante su embarazo?

6.1 Bueno 6.2 Regular 6.3 Malo

7. ¿De su familia quién la ayudó más durante el embarazo?

8. ¿Qué tipo de apoyo recibió de su familia durante su embarazo?

8.1 Emocional 8.2 Económico 8.3 Cuidado
8.4 Información 8.5 Ninguno

9. ¿Qué tipo de apoyo recibió de su cónyuge/compañero durante su embarazo?

9.1 Emocional 9.2 Económico 9.3 Cuidado
9.4 Información 9.5 Ninguno

ESTRÉS

10. ¿Durante su embarazo presentó?

10.1 Llanto fácil 10.2 Tensión muscular
10.3 Sobresalto 10.4 Temblor
10.5 No poder quedarse
quieta en un solo sitio 10.6 Incapaz de relajarse

ESTRÉS LABORAL

11. ¿Durante su embarazo usted realizó actividades laborales/domesticas que le producían cansancio?

11.1 SI 11.2 NO

12. ¿Cuántas horas al día dedicaba a su trabajo durante su embarazo?

12.1 1 - 4 horas 12.2 5 – 8 horas
12.3 Más de 9 horas

HUMOR DEPRESIVO

13. ¿Durante su embarazo presentó?

13.1 Insomnio 13.2 Falta de interés
13.3 No disfrutaba de pasatiempos 13.4 Tristeza constante
13.5 Reacciones de rabia o ira

ANEXO C.

INSTRUCTIVO FORMATO DE ENCUESTA ESTRUCTURADA

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES PRESENTES EN LAS MUERTES PERINATALES. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ. ENERO, 2007- JUNIO, 2009.

CÓDIGO: Escriba en el espacio en blanco el número de la encuesta en orden consecutivo, iniciando desde la 001.

FECHA: Escriba en el espacio en blanco la fecha correspondiente al día de la realización de la entrevista.

FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS PRESENTES EN LAS MADRES A ESTUDIO

ACEPTACIÓN DEL EMBARAZO

2. ¿El embarazo fue planeado?

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda si el embarazo relacionado con el evento a estudio fue planeado o no.

3. ¿Cuándo usted quedó embarazada, como asumió la noticia?

4. ¿Cómo encontró a su cónyuge/compañero después que supo que estaba embarazada?

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda Cómo encontró a su cónyuge/compañero después que supo que estaba embarazada.

APOYO FAMILIAR

5. ¿Cómo calificaría usted el apoyo que recibió de su familia durante su embarazo?

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda el apoyo que recibió de su familia durante el embarazo relacionado con el evento a estudio.

6. ¿De su familia quién la ayudó más durante el embarazo?

Escriba en el espacio en blanco, según corresponda el parentesco de su familiar de quien recibió más ayuda durante el embarazo relacionado con el evento a estudio.

7. ¿Qué tipo de apoyo recibió de su familia durante su embarazo?

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda el tipo de apoyo que recibió de su familia durante el embarazo relacionado con el evento a estudio.

8. ¿Qué tipo de apoyo recibió de su cónyuge/compañero durante su embarazo?

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda el tipo de apoyo que recibió de su cónyuge/compañero durante el embarazo relacionado con el evento a estudio.

ESTRÉS:

9. ¿Durante su embarazo presentó?

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, si la madre refiere que presentó:

Llanto fácil: llora por motivos que la misma gestante valora sin importancia.

Tensión muscular: rigidez en los músculos y excesivo nervosismo.

Sobresalto: se asusta ante eventos sin importancia para ella misma.

Temblor: movimientos involuntarios de músculos. Durante el embarazo relacionado con el evento a estudio.

ESTRÉS LABORAL:

10. ¿Durante su embarazo usted realizó actividades laborales/domesticas que le producían cansancio?

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda si realizó o no actividades laborales/domesticas que le producían cansancio durante el embarazo relacionado con el evento a estudio.

11. ¿Cuántas horas al día dedicaba a su trabajo durante su embarazo?

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, según corresponda el número de horas que dedicaba a su trabajo durante su embarazo relacionado con el evento a estudio.

DEPRESIÓN:

12. ¿Durante su embarazo presentó?

Marque con una **X** en el recuadro en blanco, si la madre refiere que presentó:

Insomnio: se despierta en las noches y permanece despierta por largos periodos con dificultad para volverse a dormir.

Falta de interés: no disfruta de actividades o situaciones que antes le eran placenteras.

No disfruta de pasatiempos: se aburre fácilmente en los pasatiempos que antes eran importantes para ella.

Humor depresivo: conductas de aislamiento, abandono, deseos de no hacer nada.

Reacciones de rabia o ira: pasa fácilmente de la alegría a la tristeza sin causa aparente, aparecen reacciones de rabia o ira por motivos sin importancia. Durante el embarazo relacionado con el evento a estudio.

ANEXO D.

Popayán - Cauca, 4 de mayo de 2009

Señor
DIEGO ZAMBRANO
Coordinador de Estadística
Hospital Universitario San José
Popayán

Cordial Saludo:

La presente va con el fin, de solicitarle muy comedidamente se les permita revisar los registros necesarios a los estudiantes de séptimo semestre de enfermería de la Universidad del Cauca: Ximena Chilito Ijaji, Herman Quisoboni Zúñiga y Tatiana Isabel Reyes Figueroa; para llevar a cabo el trabajo de investigación que tiene por nombre: Factores bio-psico-sociales presentes en las muertes perinatales ocurridas en el HUSJ, Popayán, 2003 – 2008.

No siendo otro el motivo de la presente, agradezco su atención prestada.

Atentamente,

Dr. JOSE ENRIQUE CHAGUENDO
Departamento de Gineco-obstetricia
Asesor de Proyecto de Investigación

Psc. SANDRA YAMILE MARTINEZ
Universidad del Cauca
Asesora de Proyecto de Investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como parte de una investigación titulada "Factores biopsicosociales presentes en las muertes perinatales ocurridas en el Hospital Universitario San José, entre los periodos 2003-2008" realizado por un grupo de estudiantes del programa de enfermería de la Universidad del Cauca, me realizaran una entrevista.

Me explicaron que me van a hacer una serie de preguntas, en aproximadamente 45 minutos, y que es importante que yo trate de recordar todo lo sucedido en el embarazo y alrededor del parto; que yo voy a sentir tristeza y angustia al recordarlo y que para mí no representa esta entrevista ningún beneficio, pero que se espera que los resultados del análisis y las acciones que se emprendan contribuyan a evitar que se presenten otros casos por causas similares.

Sé que los datos que doy en esta entrevista sólo serán utilizados por el grupo de trabajo encargado del análisis, que para hacer referencia a ellos no se utilizará mi nombre y que en ningún momento se aprovechará para fines judiciales.

Comprendo además que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de este estudio sin que esto tenga consecuencias para mí, ni para mi grupo familiar.

Sí acepto participar

Nombre: _____

Cedula de Ciudadanía: _____

Firma: _____

Fecha: _____

No acepto participar

Nombre: _____

Cedula de Ciudadanía: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Firma del entrevistador: _____

Fecha: _____