

**ESTUDIO DE MORTALIDAD PERINATAL EN EL MUNICIPIO DE LA PLATA EN
EL PERIODO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2005**

ANATOLY RAMÍREZ GUZMÁN
MAURICIO ANDRES GARCIA CORONADO
DIEGO CAMILO CHILATRA SANCHEZ

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2006

**ESTUDIO DE MORTALIDAD PERINATAL EN EL MUNICIPIO DE LA PLATA EN
EL PERIODO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2005**

**ANATOLY RAMÍREZ GUZMÁN
MAURICIO ANDRES GARCIA CORONADO
DIEGO CAMILO CHILATRA SANCHEZ**

Trabajo de Investigación presentado como requisito para optar al Título de
Medico y Cirujano

Asesores

Dolly Castro Betancourt
Docente Coordinadora de Investigación

Dr. Carlos Fonseca
Médico Pediatra y Neonatólogo

Dr. Dagoberto Santofimio
Médico Epidemiólogo
Hospital Hernando Moncaleano Perdomo

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2006**

Nota de aceptación

Firma presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Neiva, mayo del 2006.

LISTA DE TABLAS

	Pàg.
Tabla 1. Edad de la madre en casos de muerte perinatal.	26
Tabla 2. Lugar de procedencia, casos de muerte perinatal La Plata Huila.	26
Tabla 3. Sexo del producto, casos de muerte perinatal	27
Tabla 4. Edad gestacional, casos de muerte perinatal	27
Tabla 5. Estado del producto al momento de la expulsion Casos de muerte.	28
Tabla 6. Frecuencia de controles prenatales. Casos de muerte Perinatal La Plata- Huila.	28
Tabla 7 Causas de muerte del producto. Casos de muerte Perinatal.	29
Tabla 8 Seguridad social de la madre. Casos de muerte Perinatal.	30

LISTA DE ANEXOS

	Pàg.
Anexo 1. MINISTERIO DE SALUD. Resolución No.00412 del 2000	36
Anexo 2. MINISTERIO DE SALUD. Acuerdo No. 117	38
Anexo 3. PRUEBA DE REVISION DE DATOS	39
Anexo 4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	40
Anexo 5. PRESUPUESTO	41

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar los factores que influyeron en las muertes perinatales del municipio de la Plata – Huila en el año 2005. **MÉTODOS:** La investigación realizada es de tipo descriptivo retrospectivo. En primer término, se estudió un elemento denominado muertes perinatales en ese municipio, e inicialmente, no supimos que causas o circunstancias estarían involucradas. La población en la que centramos nuestra atención fue todas las mujeres en gestación, que acudieron al Hospital o a la IPS durante todo el año 2005, y se les prestó servicio de salud en gineco-obstetricia, bien sean del régimen contributivo, subsidiado, desplazados, situado fiscal o vinculados, que pertenezcan al municipio de La Plata o no, siempre y cuando su resultado haya sido muerte perinatal. Para ello accedimos a los registros del Hospital y de la IPS San Sebastián. **RESULTADOS:** se encontraron un total de 20 casos definidos como muerte perinatal durante el año 2005, según reporte certificado por las dos Instituciones Prestadoras de Salud del municipio de La Plata. Se establece que el 75% de las muertes perinatales ocurridas en el período de estudio corresponde a casos del Departamento del Huila, el 25% restante son originarios del Departamento del Cauca. De los casos del Huila, el 53% corresponde al propio municipio de La Plata, tanto del área urbana como de la zona rural. Luego sigue el Municipio de Tesalia con el 33% y por último Paicol que figura con 2 casos que equivalen al 13%. Dentro de los casos remitidos desde el Departamento del Cauca figuran 3 casos de Inzá y 2 de Belalcázar. Del total de los casos, el 50% ocurrió en mujeres mayores de 35 años, del rango establecido entre 25 – 35 años de edad fue de 15% y las del rango entre 20 - 24 años de edad fue de 20%. Dentro de los datos para la Edad Gestacional, se hallaron, los siguientes resultados: el 50% de los casos presentados son del intervalo entre 31 - 40 semanas de gestación, le sigue el intervalo entre 22 – 25 semanas con el 35% y por último se encuentra el intervalo entre 26 – 30 con el 15%. El 20% de las madres asistieron a controles prenatales en seis oportunidades; el 30% de las madres, no fueron a ningún control antes del parto. Las principales causas de mortalidad perinatal obedeció a asfisia perinatal severa con el 15%, óbito fetal con el 10%, malformación congénita 10% y macrosomia fetal con el 10 %. **CONCLUSIONES:** es necesario hacer estudios más amplios, que tengan una mayor significación estadística, que además de identificar las principales causas de mortalidad perinatal, haga énfasis en los mecanismos de prevención y promoción de la salud, del cuidado del embarazo, de la identificación de los factores de riesgo y de la detección temprana de las alteraciones de la gestación, para de esa manera, incidir positivamente en la reducción de la mortalidad perinatal en este municipio.

Palabras claves: mortalidad perinatal, La Plata – Huila.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to identify the factors that influenced in the perinatal deaths of the municipality de La Plata - Huila in the year 2005. **METHODS:** The carried out investigation is of retrospective descriptive type. In first term, an element denominated perinatal deaths was studied in that municipality, and initially, we didn't know that you cause or circumstances would be involved. The population in which we center our attention was all the women in gestation that you/they went to the Hospital or the IPS during the whole year 2005, and they were lent service of health in gineco-obstetrics, well be of the displaced contributive régime, subsidized, located fiscal or linked that belong to the municipality of La Plata or not, provided her result has been perinatal death. For we consented it to the registrations of the Hospital and of the IPS San Sebastian. **RESULTS:** they were a total of 20 defined cases as perinatal death during the year 2005, according to report certified by the two IPS of Health of the municipality of La Plata. This study settles down that 75% of the perinatal deaths happened in the period of study corresponds to cases of the Department of the Huila, 25 remaining% is natives of the Department of the Cauca. Of the cases of the Huila, 53% corresponds to the own municipality of La Plata, so much of the urban area as of the rural area. Then it follows the Municipality of Tesalia with 33% and lastly Paicol that figures with 2 cases that are equal to 13%. inside the cases remitted from the Department of the Cauca they figure 3 cases of Inzá and 2 of Belalcázar. Of the total of the cases, 50% happened in women bigger than 35 years, of the established range among 25 - 35 years of age it was of 15% and those of the range among 20 - 24 years of age it was of 20%. inside the data for the gestacional age, was, the following results: 50% of the presented cases is of the interval among 31 - 40 weeks of gestation, it continues him the interval among 22 - 25 weeks with 35% and lastly is the interval among 26 - 30 with 15%. 20% of the mothers attended prenatal controls in six opportunities; 30% of the mothers, they didn't go to any control before the childbirth. The main causes of perinatal mortality obeyed severe perinatal asphyxia with 15%, fetal death with 10%, malformation congenital 10% and fetal macrosomia with 10%. **CONCLUSIONS:** it is necessary to make wider studies that have a bigger statistical significance that besides identifying the main causes of perinatal mortality, make emphasis in the mechanisms of prevention and promotion of the health, of the care of the pregnancy, of the identification of the factors of risk and of the early detection of the alterations of the gestation, for in that way, to impact positively in the reduction of the perinatal mortality in this municipality.

Key words: perinatal mortality, La Plata - Huila.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. ANTECEDENTES	2
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
3. JUSTIFICACIÓN	9
4. OBJETIVOS	10
4.1 OBJETIVO GENERAL	10
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
5. MARCO TEORICO	11
5.1 DEFINICIÓN DE MUERTE PERINATAL	11
5.2 FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA MORTALIDAD PERINATAL	11
5.3 FACTORES DE RIESGO	14
5.4 ENFERMEDADES MATERNAS CRONICAS	16
6. DISEÑO METODOLÓGICO	20
6.1 TIPO DE ESTUDIO	20
6.2 AREA DE ESTUDIO	20
6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	32
6.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	20
6.5 ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LAS VARIABLES DE CONFUSIÓN	23
6.6 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	23
6.7 INSTRUMENTOS PARA LA REVISIÓN DE DATOS	23
6.8 PLAN DE PROCESAMIENTOS DE DATOS O TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	23
6.9 TRATAMIENTO ESTADISTICO	24
6.10 FUENTES DE INFORMACIÓN	24
6.11 ASPECTOS ÉTICOS	24
7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	25
8. DISCUSIÓN	31
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	32
BIBLIOGRAFÍA	33
ANEXOS	35

INTRODUCCION

La mortalidad materna y perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en las mujeres en edad fértil y en la población infantil. Estas muertes son consideradas indicadores universales de la calidad en la atención en los servicios de salud y de las condiciones de vida, dado que en un alto porcentaje son evitables.

El Departamento del Huila y el Municipio de La Plata no son la excepción, según los datos recogidos por el grupo investigador en lo referente al período estudiado, en La Plata se presentaron 25 casos de mortalidad perinatal. Pese a que en términos cuantitativos, parece una cifra insignificante, para el número de habitantes que tiene esta población, la cual es, según datos locales, alrededor de 46.240 personas para el año 2005, no deja de ser preocupante, si estimamos que la morbimortalidad materna y perinatal es, en la gran mayoría de los casos, prevenible.

El presente trabajo de investigación busca determinar cuales son esos posibles factores involucrados en la mortalidad perinatal, sin desconocer, por supuesto, la morbilidad asociada tanto materna como del producto de la gestación.

Consideramos importante y necesario, determinar factores como edad de las madres, lugar de residencia, ocupación, partos atendidos fuera del hospital, controles prenatales, para tratar de establecer los factores de vulnerabilidad que probablemente se encuentren asociados a las muertes perinatales.

Para conocer las características que se desarrollan en esta investigación, vamos a recurrir al estudio descriptivo y analizar las características de la población atendida, para de esta manera establecer los factores de vulnerabilidad en las muertes perinatales del Municipio de La Plata.

El presente estudio quiere mostrar con claridad que incidencia tienen estos casos dentro de la población de mujeres en gestación y por lo tanto establecer un marco de referencia que sirva de comparación con otros municipios del Departamento y de esa manera, obtener mejores propuestas de solución para toda la región huilense; esta investigación no pretende convertirse en un paradigma para solucionar los problemas de morbimortalidad perinatal de la región pero si procuramos aportar nuevos datos que permitan un mejor análisis de esta problemática social.

1. ANTECEDENTES

Para entrar a observar y analizar más en profundidad lo que implica la mortalidad perinatal es necesario conocer algunos datos históricos que consideramos importantes. En 1838, William Farr⁽¹⁾ ideó el estudio de nacimientos y muertes, publicando su investigación como "Reporte anual de estadísticas vitales". Casi un siglo más tarde Munro Kerr⁽²⁾ en 1936 publicó su libro que habla acerca de la mortalidad y morbilidad maternas, ejemplificando la aplicación práctica de la epidemiología a la clínica, al demostrar una relación entre la mortalidad materna y la clase social, ubicación geográfica, edad y paridad. Douglas Baird⁽³⁾ estudió la mortalidad perinatal años más tarde y 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 expresión de periodo perinatal fue creada por Segesmond Peller⁴ en 1965, para designar el periodo comprendido entre la vigésima semana de gestación y el vigésimo octavo día de vida extrauterina; posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone su uso para fines de estandarización internacional en la forma de periodo perinatal, dividiéndolo en dos periodos: perinatal I o hebdomadal para el lapso de la semana 28 de gestación hasta el día 7 de vida extrauterina; y periodo perinatal II, al tiempo comprendido de la semana 20 al día 28 de vida extrauterina, incluyendo de este modo al periodo perinatal.

Las investigaciones epidemiológicas en torno a este tema han logrado enormes avances que han permitido mejorar la atención de entidades que en años anteriores eran causas de altas tasas de mortalidad, tal es el caso de la prematurez, bajo peso al nacer, hipertensión en el embarazo, isoimmunización materno fetal, procesos infecciosos, diabetes, baja reserva fetal, complicaciones del parto, etc., y en el neonato enfermedades respiratorias, asfixia, enfermedad hemolítica, entre otras.

Many y sus colaboradores en un estudio de casos y controles (40 casos y 80 controles) encontraron una prevalencia de trombofilias en pacientes con muerte perinatal del 42.5 % con el 15% en el grupo de control⁽⁵⁾.

Preston y sus colaboradores en un estudio europeo de cohortes prospectivo con 1.384 pacientes también encontraron aumento de muerte perinatal en pacientes con trombofilia (RR 3,6 intervalo de confianza de 1,4 – 9,4); este aumento es mayor en mujeres con defectos combinados (RR 14,3 intervalo de confianza de 2,4 – 86)⁽⁶⁾.

Existen innumerables estudios relacionados con la mortalidad perinatal alrededor del mundo, en los que se aprecian cifras bastante disímiles de acuerdo a las regiones del mundo, siendo los países subdesarrollados de África y Latinoamérica Y sudeste asiático los mas afectados; sin embargo, consideramos relevante, referirnos de forma breve a algunos estudios realizados en América Latina, y en especial de nuestro país.

En Perú, en el Instituto Especializado Materno Perinatal de Lima, se realizó una amplia investigación que describe las características de los recién nacidos fallecidos en el citado Instituto durante el año 2003⁽⁷⁾, éste es un estudio transversal, descriptivo que se realizó durante el año 2004, con base en la datos recogidos de todos los recién nacidos fallecidos en el instituto en el año inmediatamente anterior.

Se recogió la información de los archivos de historia clínica, anatomía- patológica, e información de estadística. El análisis incluyo tabla de frecuencias. Y tasas de mortalidad neonatal.

El estudio describió los siguientes resultados: La tasa de mortalidad neonatal fue de 11.5 x 1000nv y tasas de Mortalidad Neonatal precoz fue de 9.6 x 1000 nv. 45(22.2 %) fueron hijos de madres adolescentes, 5 de madres \leq 16 años y 30 fueron hijos de madres \geq a 35 años (14.8%). 79 (38.9 %) de las madres no tuvieron ningún control prenatal, 71 (35 %) con menos de 4 controles y sólo 21 madres con más de 6 controles (10.4%). La edad promedio al morir fue de 5.38 días (1-62 días) \pm 9.45 Nacieron de parto cesárea 106 recién nacidos (52.2%) Fueron a termino 48 (23.6%), 84 (41.4%) pretérminos < 28 semanas y 40 (19.7 %) pretérminos < 32 semanas. La media de pesos de los recién nacidos por edad gestacional fue: 2941 grs en los a termino, 2255.4 grs en los de 33-36 semanas, 1240 grs en los de 29 a 32 semanas y 710 grs en los \leq 28 semanas.. La edad al morir por edad gestacional fue 3.85días para los \leq 28 semanas, 3.68 días para los de 33-36 semanas, 5.43 días para los de 29-32 semanas y 9.13 días para los \geq 37 semanas. La edad al morir por peso al nacer fue de 3.78 días para los \leq 1000 grs, 9.09 días para los de 1250-2499grs, 8.57 días para los de peso normal y 5.5 días para los macrosomicos. Los familiares autorizaron la necropsia del 63.9%. Las principales causas básicas de muerte neonatal fueron: prematuridad 61 (26.1%),Sepsis Neonatal 30 (12.8%), Malformaciones Congénitas 39(17.7%),Inmadurez fetal 20 (8.5%), shock séptico 13 (6%) asfixia neonatal 10 (43%), Enfermedad de Membrana hialina 5 (2.1%), hemorragia cerebral 4 (1.7%), hemorragia pulmonar 3 (1.3%). Aquí concluyeron que la mortalidad neonatal precoz es la principal en este instituto. El control prenatal materno estuvo ausente o insuficiente en la mayoría de los casos.

En lo referente a investigaciones en nuestro país, en el año 2003 se recogió a través del SIVIGILA, la notificación por municipios, en semanas epidemiológicas de la 1 a la 48; en éste boletín se presenta la notificación de casos por cada uno de los eventos de mortalidad incluidos en el SIVIGILA en lo que va corrido del año 2003 (cuarenta y ocho semanas epidemiológicas) por municipio. Además se hace una relación de muertes notificadas por algunos departamentos cuya procedencia por municipio corresponde a otros departamentos.

Hasta la semana 48 fueron notificadas a través del SIVIGILA 4.918 muertes perinatales, lo cual representó un aumento en la notificación en comparación con el mismo periodo del 2002, en el cual se habían notificado 4.799 muertes. Este aumento puede deberse al cambio en la definición de caso que se incluyó a partir de Enero de 2003.

Un total de 740 municipios notificaron muertes perinatales entre la semana 1 y la 48 de 2003, para los cuales la razón de mortalidad fue de 6.92 por 1.000 nacidos vivos. El 49.8% (369 municipios) tienen razones de mortalidad superiores al promedio y dentro de éstos 184 tuvieron razones superiores al percentil 75 (11.53 por 1.000 NV), lo cual los clasificó en muy alto riesgo.

Las regiones que notificaron el mayor número de muertes perinatales fueron: Centro oriente (1974 muertes), Occidente (1476 muertes) y Atlántica (1074 muertes).

En términos epidemiológicos, obtuvimos clasificar los Departamentos según riesgo, hasta la semana epidemiológica 41 del año 2003, con base en los siguientes datos:

Hasta la semana 41 fueron notificadas a través del SIVIGILA 4.155 muertes perinatales, lo cual representó un aumento en la notificación en comparación con el mismo periodo 2002 en el cual se habían notificado 4.083 muertes ($p:0.003$).

La región con la mayor tasa de mortalidad perinatal hasta ese momento fue la región de la Orinoquía con 5.56 por 1.000 nacidos vivos.

Del total del país, 18 departamentos tuvieron tasas de mortalidad perinatal superiores a la mediana nacional (4.63 por 1.000 nacidos vivos). El distrito de Barranquilla no notificó muertes perinatales hasta lo corrido del año.

Estas muertes fueron notificadas por los siguientes Departamentos: Norte de Santander (1), Santander (2), Choco (1), César (1), Atlántico (1) y Valle (2).

Con este acercamiento a las tasas de mortalidad con base en los datos de notificación del SIVIGILA es posible hacer un ejercicio en busca de priorizar los departamentos en los cuales se deba intervenir, desde luego teniendo en cuenta las debilidades que el proceso puede tener en lo referente a calidad de los datos.

Sin embargo con esta aproximación se encuentran datos de importancia, como los obtenidos al seleccionar los Departamentos que clasifican como de alto riesgo en cuatro de eventos: mortalidad de EDA, IRA, materna y perinatal. Este es el caso de los departamentos de Amazonas, Atlántico, Boyacá, Caldas, Casanare, César, Choco, Cundinamarca, La Guajira y Nariño, en los cuales para los 4 eventos tienen tasas de mortalidad superiores al promedio nacional.

Departamentos como Arauca, Vaupés y Vichada tuvieron tasas de mortalidad superiores a la media nacional en tres de los cuatro eventos. Es muy importante que estos departamentos analicen la situación de la ocurrencia de muertes por causas evitables.

En el Departamento del Huila, los casos reportados al SIVIGILA no superan los del promedio nacional.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, a partir de la Segunda Guerra, la mortalidad infantil inició un descenso importante en la mayoría de los países, sin embargo, dentro de ella la mortalidad perinatal ha sufrido pocas variaciones, en especial en las zonas subdesarrolladas, donde incluso tiende a aumentar. Esto ocurre por los dos componentes que son difíciles de atacar: la mortalidad fetal y la mortalidad neonatal, que son calificados como mortalidad dura.

Muchas mujeres que reciben una asistencia inadecuada corren el riesgo de sufrir complicaciones perinatales y para conseguir una atención de calidad se necesitan profesionales competentes y una coordinación y cobertura de servicios entre los diferentes niveles de atención.

Es conveniente el uso racional de la tecnología y de las intervenciones médicas que se realizan con la finalidad de disminuir la mortalidad perinatal, ya que todas conllevan riesgos de complicación. En sistemas de salud donde no existen programas de evaluación de la calidad de atención, los errores en la aplicación de la tecnología ocurren de manera más frecuente, y colocan en una situación más crítica a los recursos para salud ya limitados en países en subdesarrollo como Colombia.

Para evitar esto es necesario enfrentarlo mediante un programa mundial, nacional, regional y municipal que haga frente a la compleja problemática de la prematuridad, la que está relacionada con las condiciones socioeconómicas y de educación, las patologías difíciles de identificar y manejar, como la amenaza del parto pretérmino y patologías hipertensivas, falta de estímulo a la consulta prenatal, necesidad de establecimiento de sistemas referenciales de embarazos de alto riesgos a centros bien dotados con personal bien entrenado y recursos para la atención de la madre y el neonato.

Es el control prenatal, el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano: el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven: la mortalidad materna.

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor.

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. Con la infraestructura básica, podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal:

- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre

La mortalidad perinatal (MPN) es un parámetro que sirve para evaluar la cobertura y la calidad de los servicios médicos de atención materno - infantil. En Colombia se desconocen los niveles y tendencias reales de la MPN en diferentes departamentos y por lo tanto a nivel nacional; la mala calidad de los datos genera conclusiones falsas o erróneas. El Ministerio de Salud dispone de las siguientes cifras para corroborar lo enunciado: se presenta un alto subregistro de defunciones fetales tardías o sea con 22 semanas de gestación y neonatales con <7 días de vida, cuya suma constituye el numerador de la tasa de MPN.

Este subregistro se relaciona parcialmente con el nivel de desarrollo socioeconómico de los departamentos; así, como algunos departamentos pobres donde se esperaría unas tasas más altas de MPN, presentan unas tasas más bajas y los niveles de subregistro más altos.

La Plata es un municipio ubicado al occidente del Departamento de Huila, Colombia, en límites con el Departamento del Cauca. Tiene una temperatura media de 21,9 °C. Sus actividades económicas son la agricultura, la ganadería y el comercio. Hasta mediados del siglo XX se explotaron minas de oro y plata. Según datos locales del municipio, la población estimada para el año 2005 era de 46.240 habitantes, del total de la población estimada, el 50% de la misma son mujeres y de estas, el 30 % se encuentran en edad fértil, correspondiente a 6.936 habitantes.

Teniendo en cuenta todos estos factores podremos afirmar: ¿Qué factores han influido en la muerte perinatal, en el municipio de La Plata, Departamento del Huila, en el año 2005?

3. JUSTIFICACIÓN

A partir de los constantes ataques y guerras en el mundo, se desarrolla otro factor no menos importante que atenta contra el ser humano y el cual se acrecienta cada día en nuestros países tercermundistas el cual es la muerte perinatal, ¿porque se presenta esta variable?. Tal vez por descuido de la propia madre en el período de gestación, tal vez por los factores de alto riesgo que en el medio ambiente se desarrollan, o por negligencia médica, este problema de salud no tiene ninguna clase de compasión, sobre todo en las zonas subdesarrolladas del mundo.

Lo más preocupante del caso es que no solo se puede evitar, sino que sin derecho a equivocación se puede decir que también se puede corregir, pero como este tópico es algo prácticamente desconocido en la sociedad a excepción de una pequeña cantidad de población, es importante que por cualquier medio, se explique, especialmente a las madres en proceso de gestación, lo que un embarazo significa, es decir, no solo es el hecho de concebir a un futuro individuo, sino también su preparación para desenvolverse en la vida y para que esto se realice con verdadera eficacia es necesario que una masiva información de esto llegue a cada una de ellas, siendo este el motivo que impulso la investigación, sobre muerte perinatal.

El presente estudio ayudará a reconocer mejor las características de la muerte perinatal, pero además deberá servir para establecer criterios que permitan disminuir esta incidencia dentro de la población, que en el futuro inmediato ayude a las madres gestantes y a los recién nacidos, porque de esta manera se logra que el nivel de vida aumente y se mejora la condición de los recién nacidos tanto en el Municipio de La Plata como en el Departamento del Huila.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar los factores que influyeron en las muertes perinatales del municipio de la Plata - Huila en el año 2005.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir los factores epidemiológicos de las madres como: edad, seguridad social, relacionadas a las muertes perinatales del municipio de la Plata - Huila en el año 2005.
- Establecer la presencia de factores de vulnerabilidad en las muertes perinatales tales como: lugar de residencia, falta de control prenatal, edad gestacional, sexo del producto de la muerte perinatal.
- Documentar la incidencia de las causas de muerte perinatales del municipio de la Plata - Huila en el año 2005.
- Determinar las características que tendría la promoción y prevención de las madres gestantes para disminuir los casos de muerte perinatal.

5. MARCO TEORICO

5.1 DEFINICIÓN DE MUERTE PERINATAL:

Comprende la mortalidad desde vigésimo segunda (22) semana de gestación, hasta los siete (7) días después del nacimiento; de acuerdo con la definición correspondiente a enero del año 2003 de la OMS.

5.2 FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA MORTALIDAD PERINATAL:

Las causas de muerte perinatal se pueden clasificar en las siguientes categorías:

- CAUSAS NO PREVENIBLES:

Son aquellas que no involucran la responsabilidad de la paciente ni del equipo médico (defectos congénitos y síndromes incompatibles con la vida, "hasta el 12.3 % del total de las muertes; peso extremadamente bajo, hasta el 56.9% del total".⁽⁸⁾

- CAUSAS PREVENIBLES:

Son aquellas que pudieron haberse evitado si se hubiese otorgado óptimamente el servicio de salud durante la asistencia médica, en donde se involucra la cooperación y concientización de la paciente y la participación del equipo médico: síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, enterocolitis necrotizante, asfixia e hipoxia neonatal. Es de suma importancia enfatizar que dentro de este grupo se encuentra un alto porcentaje de los casos de secuela perinatal cuando el desenlace final no es la muerte.

Estadísticas extranjeras han señalado hasta el 75% de casos con alteraciones anatómicas o funcionales secundarias a factores presentes antes del nacimiento y el 94% de ellas son referidas como trastornos neurológicos cuando se realizan estudios epidemiológicos en población abierta.

Existen dos clasificaciones de muerte perinatal: la de Wigglesworth y la de Aberdeen, ambas tratan de simplificar al máximo, las condiciones que pudieron haber originado la muerte perinatal, existe cierta ventaja en la utilización de la primera, debido a que hace un examen individual de cada causa, y además elabora grandes subgrupos patológicos que permiten reconocer implicaciones médicas, otorgando la oportunidad de concluir sobre la adecuada intervención médica.

Una gran cantidad de estudios han demostrado la influencia que tienen en la etapa perinatal los fenómenos biológicos, ambientales y económicos. En el feto, los factores que incrementan la morbimortalidad perinatal son: la edad gestacional, alteraciones del crecimiento intrauterino, anomalías genéticas e inmunidad pasiva transmitida por la madre.

En el aspecto ambiental se cita al macro-ambiente, matroambiente y al micro-ambiente. Sobre la base del macro ambiente debe señalarse la situación económica y cultural; en cuanto al matroambiente es importante señalar la edad de la madre, la multiparidad, talla, intervalo gestacional, actividad física o laboral, nutrición, grupo étnico, historial obstétrico, así como hábitos de alcoholismo y tabaquismo, de igual manera y por último la patología materna como: diabetes, cardiopatías, trastornos hipertensivos. Finalmente en el ámbito del micro-ambiente debemos mencionar las anomalías placentarias, alteraciones del cordón umbilical, embarazo múltiple y alteraciones de líquido amniótico.

La ocurrencia de una muerte fetal implica, ante todo, un importante impacto emocional que involucra a la mujer partícipe del evento, su pareja, el médico responsable y la institución que presta la atención médica.

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere los siguientes ítems para el estudio de la mortalidad perinatal:

- Enfermedad o condición principal del feto o del recién nacido.
- Otras enfermedades o condiciones del feto o del recién nacido.
- Enfermedad o condición principal de la madre que afectan al feto o al recién nacido.
- Otras enfermedades o condiciones de la madre que afectan al feto o al recién nacido.
- Otras circunstancias pertinentes.

El proceso del análisis de causas de la muerte perinatal se ve enriquecido con el estudio macro y microscópico de la placenta y sus anexos, y de la necropsia cuando ésta es efectuada. Es necesario profundizar en la investigación de posibles causas directas de la muerte fetal; sobre todo en la búsqueda de factores en tres áreas: infecciones específicas, alteraciones inmunológicas y genéticas, el conocimiento de estas y su modificación cuando sea posible,

permitirá a la pareja afectada la corrección de la causa de fondo y con ello mejorar el pronóstico obstétrico.

Cuatro acciones específicas se requieren para ampliar el conocimiento y con ello prevenir en lo posible los eventos de la muerte perinatal y mejorar la calidad de la atención específica en cada caso. Las acciones específicas son:

- “Implementar programas de educación para la reproducción, que por una parte permitan la evaluación médica pregestacional, y con ella la detección de patología asintomática, que corregida en su oportunidad evitaría su acción deletérea en el curso de la gestación; y por la otra, que la mujer gestante acuda con oportunidad y regularidad a la consulta de vigilancia prenatal, la cual mejorada en calidad, permite modificar el curso de algunas complicaciones durante el embarazo.

- Bajo la premisa anterior; ubicar en grupos de riesgo a mujeres con la mayor probabilidad de presentar restricción en el crecimiento intrauterino, trabajo de parto pretérmino, prematurez, defectos congénitos; grupos hacia los cuales se enfocaría un programa específico de detección temprana y manejo oportuno.

- Por último ante el hecho consumado de una muerte fetal y una vez resuelto en la perspectiva obstétrica, cada caso debe ser estudiado a fondo en busca de una causa subyacente, que de haberla corregido permita mejorar el pronóstico en futuros embarazos”⁽⁹⁾

Según la Organización Mundial de Salud, “las principales causas directas de la mortalidad neonatal en el mundo fueron para el año 2004: asfixia 21 %, neumonía 19%, tétanos 14 %, malformaciones congénitas 11%, prematurez 10% y sepsis 10%, el 98% de las muertes neonatales ocurren en países en desarrollo”⁽¹⁰⁾

En Colombia, como en muchos de los países tercemundistas, la mortalidad perinatal cada vez representa una mayor proporción de la mortalidad infantil, aportando actualmente” el 57% de los decesos en el primer año de vida, con una tasa de muertes neonatales por cada 1.000 nacidos vivos”⁶.

Las unidades de cuidado perinatales han evolucionado permitiendo que los recién nacidos de bajo peso y prematuros, sobrevivan, han desarrollado técnicas y procedimientos sofisticados para la atención de los neonatos. Al mismo tiempo estos cambios se han traducido en la aparición de nuevas enfermedades aumentando los costos de la atención inmediata y los que se

derivan de su seguimiento. Los problemas y la organización de estas unidades tienden a una complejidad cada vez mayor, lo que hace necesario a su vez contar con elementos epidemiológicos válidos y confiables para su planeación y proyección no solo dirigidos hacia un mayor desarrollo interno, sino hacia la prevención de los factores de riesgos maternos y obstétricos que están presentes fuera del ámbito hospitalario de III nivel.

Los factores de riesgo para mortalidad perinatal establecidos son: el bajo peso al nacer (BPN) y la prematurez. Además, se ha reconocido una serie de factores socioeconómicos y biológicos que con mayor o menor fuerza de asociación se han relacionado con la mortalidad neonatal. En Colombia, los factores de riesgo para la mortalidad neonatal son una combinación de componentes *blandos* como las infecciones y *duros* como el BPN.

Hay 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 evento. Como ya se ha indicado, son reconocidos como factores de riesgo el BPN 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. Este modelo es de utilidad en muchos países en desarrollo donde la muerte neonatal ocurre en los hogares y la atención del parto no es institucional. En las unidades neonatales, la población de neonatos tiende a ser “seleccionada” porque generalmente cuenta con alguna protección social en el modelo actual de salud colombiano y así tiene más oportunidades de atención rápida y de referencia.

Además es conocido que los neonatos que ingresan a una unidad neonatal están en una condición clínica de mayor gravedad al igual que sus madres, por lo que muchas veces el nacimiento se produce en centros de mayor grado de complejidad asistencial y tecnológica que podría modificar la mortalidad como lo son los hospitales y centros de salud de tercer y cuarto nivel.

5.3 FACTORES DE RIESGO:

Una evaluación de la literatura que existe sobre el riesgo de muerte perinatal nos ha permitido inferir que existen ciertos factores que se identifican claramente y que asocian en mayor o menor grado con el tema tratado con anterioridad. Dentro de los factores de riesgo entonces podemos concluir que los más sobresalientes son:

EDAD MATERNA:

Las mujeres mayores de 35 años de edad tiene un mayor riesgo de desarrollar muerte perinatal, así como los embarazos en adolescentes están asociados con incremento de muerte neonatal temprana.

PARIDAD:

La paridad muestra reportes controvertidos al ser evaluada como factor de riesgo para muerte perinatal. Por un lado, reportes como el publicado por Huang y sus colaboradores que es un estudio de cohortes⁽¹¹⁾. Concluyen que la nuliparidad y la multiparidad con más de tres gestaciones previas generan unos OR estadísticamente significativos como factores de riesgo para muerte perinatal, en contraposición, Froen y sus colaboradores, en su publicación⁽¹²⁾ no clasifican esta variable como factor de riesgo, tomando en cuenta que sus evaluaciones no le permiten emitir esto como una conclusión estadísticamente significativa.

AUMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO:

Índices de masa corporal de 25 (sobrepeso en adelante) se correlacionan con 2.3 veces más el riesgo de muerte perinatal. Stephansson y sus colaboradores cruzaron la ganancia de peso durante el embarazo con el riesgo de muerte fetal y no encontraron asociaciones significativas⁽¹³⁾.

HÁBITO DE FUMAR:

Froen y sus colaboradores⁽¹²⁾, así como Sims y sus colaboradores⁽¹⁴⁾ publican en sus revisiones clínicas que madres fumadoras de más de diez cigarrillos por día presentan tres veces más riesgos de muerte perinatal cuando se comparan con no fumadoras.

NIVEL EDUCATIVO:

Los años de estudio cursados y su relación con la posibilidad de muerte perinatal fueron evaluados por Froen y sus colaboradores⁽¹²⁾. Concluyeron que las madres con niveles educativos equivalentes a doce años de estudio no presentan un factor de riesgo adicional para muerte fetal inexplicada, mientras que en aquellas mujeres con niveles educativos de menos de diez (10) años, se evidencia un riesgo de 3,7 veces mayor de presentarla, esta misma conclusión fue sustentada por Fifer y sus colaboradores⁽¹⁵⁾.

EDAD GESTACIONAL:

Yudkin y sus colaboradores en su estudio⁽¹⁶⁾ no sólo encuentran que a mayor edad gestacional existe un riesgo superior de muerte perinatal, sino de muerte fetal en general, concluyen que para las estadísticas revisadas por su grupo se observa un caso de muerte perinatal por cada 926 embarazos de 40 semanas. King y sus colaboradores también reportan esta asociación⁽¹⁷⁾.

5.4 ENFERMEDADES MATERNAS CRÓNICAS:

PRECLAMPSIA:

El mayor riesgo ocurre con la hipertensión crónica superpuesta a preclampsia básicamente como etiología de abruptio placentae, insuficiencia útero-placentaria o hemorragia feto- materna.

DIABETES MELLITUS:

En cuanto a la diabetes mellitus, hay una mayor incidencia de muerte fetal en la de tipo II que en la de tipo I, se desconoce el mecanismo exacto de muerte perinatal. Según lo publicado, esto obedece a la mayor de edad y a la obesidad presentes en estas pacientes. Algunas posibles explicaciones son las alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos y la insuficiencia útero-placentaria secundaria a enfermedad vascular.

OTRAS CAUSAS DE MUERTE PERINATAL:

Uno de los factores de riesgo más controvertidos en la muerte perinatal es tener antecedentes de muerte perinatal previa. Cnattingius y sus colaboradores⁽¹⁸⁾ reportan un aumento de seis a diez veces el riesgo de repetir un segundo episodio de muerte perinatal en comparación con pacientes que no tienen este antecedente. Sin embargo, Foren y sus colaboradores no concuerdan con esta conclusión y descartan en su publicación la muerte perinatal previa como factor de riesgo importante.

Como factores asociados igualmente se señalan: “las concentraciones de hemoglobina menores de 11,5 g/dl y mayores de 14,6 g/dl, así como pacientes que cursen con embarazos múltiples. El consumo excesivo de café, definido como ocho tazas o más por día, aumenta tres veces el riesgo de muerte fetal comparado con mujeres que no lo consumen (OR 3,0 con intervalo de confianza de 1,5 – 5,9); también están asociados la ingestión de alcohol y el abuso de cocaína”⁽¹⁹⁾.

El antecedente de cesárea en el primer embarazo también puede incrementar el riesgo de muerte perinatal, al parecer básicamente relacionado con ruptura uterina (OR 2,74 con intervalo de confianza 1,74 – 4,3). También es importante señalar de acuerdo a la información recogida otras posibles causas de muerte perinatal enfocados más hacia las de tipo I.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO:

En este la muerte perinatal está relacionada con presencia de hipertensión o con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. La presencia de anticoagulante lúpico positivo es el principal predictor de muerte fetal. El posible mecanismo de muerte está relacionado con insuficiencia placentaria. El paso de inmunoglobulinas anti Ro y anti la, esta asociado con pobre resultado perinatal, básicamente como causa de bloqueo cardiaco unido a las secuelas del mismo.

PATOLOGIA RENAL CRÓNICA:

El resultado perinatal fatal está relacionado con el grado de falla renal presente en el momento de la concepción. La presencia de anemia, hipertensión o desarrollo de preeclampsia empobrecen el pronóstico.

TROMBOFILIAS:

Son anomalías del sistema de coagulación, pueden ser heredadas o adquiridas y usualmente generan fenómenos trombóticos. Cada año se reconocen nuevas trombofilias y su significancia clínica está determinada por la fuerte asociación con riesgo trombótico y su frecuencia en la población. Algunas de las trombofilias descritas son:

Deficiencia de antitrombina III:

Fue la primera trombofilia heredada reconocida, pero es la menos común. Se hereda como un patrón autosómico dominante y la prevalencia de estado heterocigoto en la población general se calcula de 1:2.000 a 1:5.000.³⁴ Existen dos tipos: I y II este último es el más común.

Deficiencia de proteína C:

Fue la segunda trombofilia descrita, se considera como la más frecuente, con una prevalencia en la población general de 0.15 al 0.8 % .Se han descrito también dos tipos: tipo I que es el más frecuente y el tipo II.

Deficiencia de proteína S:

Es la que sirve como cofactor de la proteína C, su prevalencia en la población general se calcula en menos del 1 %.

Factor V de Leiden:

Es heredada de una forma autonómica dominante y varía según la raza y la ubicación geográfica.

Kupferminc y sus colaboradores en un estudio de casos y controles con 220 pacientes (110 casos y 110 controles), encontraron una incidencia del 58,5 en mujeres con trombofilias que presentaron muerte perinatal comparado con el 18 % en mujeres sin este factor de riesgo (OR 3,4 intervalo de confianza de 1,0 – 11,9) ⁽²⁰⁾.

ALTERACIONES DEL CORDON:

Son responsables de 1 a 2 muertes perinatales por cada 1.000 nacimientos. Los posibles mecanismos por los cuales los accidentes del cordón pueden causar la muerte perinatal son: cese del flujo sanguíneo (prolapso del cordón), disrupción intermitente del flujo sanguíneo (prolapso parcial, hipoxia, acidosis, falla cardíaca, hipotensión, arritmia, paro cardíaco), pérdida sanguínea fetal y disrupción del flujo (como ocurre en la ruptura velamentosa de la vena umbilical o vasa previa). Otros mecanismos son isquemia uterina y anomalías en el cordón como arteria umbilical única, cordón corto (< 35 centímetros), cordón largo (> 80 centímetros), nudos verdaderos, aneurismas, extremos hiperhelicoidales e hipo-helicoidales, circulares ajustadas y sueltas, y anomalías en la inserción de la placenta.

PATOLOGIA INFECCIOSA:

Las infecciones pueden causar muerte perinatal por varios mecanismos que incluyen infección directa, daño placentario y enfermedad materna severa. La infección bacteriana con o sin membranas íntegras con bacterias como *Escherichia coli*, *Streptococo* del grupo B y *Ureaplasma urealyticum* son las que más frecuentemente causan muerte fetal. Posteriormente están las del complejo PRACHET antes TORSCH (parvovirus, rubéola, virus de la inmunodeficiencia humana, citomegalovirus, hepatitis, toxoplasmosis y sífilis); también están involucradas la malaria, leptospirosis y las causadas por *Listeria monocytogenes*. En estas debemos tener en cuenta los siguientes paraclínicos: IgG para toxoplasmosis, VDRL, Elisa.

TOXICOS AMBIENTALES:

Durante el proceso de tratamiento de aguas públicas con reactivos de cloro se producen subproductos llamados trialometanos. King y sus colaboradores encontraron una fuerte asociación entre la exposición al bromodiclorometano (cantidades mayores a 20mcg/l) y muerte perinatal (RR 1,98IC 95% 1,23 – 3,49)⁽²¹⁾.

6. DISEÑO METODOLOGICO

Para el trabajo en mención presentamos la siguiente metodología:

6.1 TIPO DE ESTUDIO:

La investigación realizada en el municipio de La Plata es de tipo descriptivo retrospectivo. En primer término, se estudió un elemento denominado muertes perinatales en ese municipio, e inicialmente, no supimos que causas o circunstancias estarían involucradas.

6.2 ÁREA DE ESTUDIO:

Como área de estudio se tomó la IPS San Sebastián (Institución Prestadora de Salud) y el Hospital San Antonio de Padua de La Plata - ESE. La IPS es una entidad de primer nivel, se caracteriza por la prestación de servicios a las personas pertenecientes al régimen subsidiado, desplazados, situado fiscal o vinculados, no atienden urgencias. Y el hospital San Antonio de Padua, se caracteriza por la prestación de servicios de salud a las personas pertenecientes al régimen subsidiado, contributivo, vinculado y todo lo concerniente a urgencias, es una entidad de segundo nivel, tiene a su disposición 50 camas, sala de cirugía, urgencias, ambulancia, y personal especializado para segundo nivel.

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población en la que centramos nuestra atención fue todas las mujeres en gestación, que acudieron al Hospital o a la IPS durante todo el año 2005, y se les prestó servicio de salud en gineco-obstetricia, bien sean del régimen contributivo, subsidiado, desplazados, situado fiscal o vinculados, que pertenezcan al municipio de la plata o no, siempre y cuando su resultado haya sido muerte perinatal. Para ello accedimos a los registros del Hospital y de la IPS San Sebastián.

6.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

Para establecer la operacionalización de las variables nos permitimos establecer cuáles son las variables dentro de la investigación que dieran respuesta a lo planteado en los objetivos. Por eso definimos las siguientes variables:

- Personas atendidas por muerte prenatal tanto del Huila como del Cauca.
- Seguridad social a la cuál pertenecen las personas que recibieron la atención.
- Lugar de residencia si son del casco urbano de La Plata o del sector rural.
- Personas atendidas por muerte prenatal provenientes de solo el departamento del Huila.
- Edad de la madre.
- Sexo del muerto.
- Edad gestacional.
- Si el feto nació vivo o no.
- Número de controles prenatales. .
- Causa de la muerte.
- Lugar o ubicación de la paciente.
- Entidad a la cuál esta afiliada.

VARIABLES	DEFINICIÓN	SUBVARIABLE	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN	ÍNDICES DE PORCENTAJES
Socio-Demográficas	Características presentes en los pacientes (madre-producto) atendidas por muerte perinatal.	Sexo del producto	Femenino Masculino	Nominal	Porcentaje
		Edad de la madre	Años	Razón	Porcentaje
		Seguridad social	Subsidiada Vinculada	Nominal	Porcentaje
		Departamento y lugar de residencia	Municipio urbano Municipio rural	Nominal	Porcentaje
Gestacionales	Características relacionadas con la gestación de producto de muerte perinatal	Controles prenatales	Número de controles	Razón	Porcentaje
		Edad gestacional	Semanas	Razón	Porcentaje
		Estado del producto	Vivo Muerto	Nominal	Porcentaje
Causa de muerte	Situación clínica que produjo la muerte perinatal	Hipoxia	Si No	Nominal	Porcentaje
		Inmadurez	Si No	Nominal	Porcentaje
		Oligoamnios severo	Si No	Nominal	Porcentaje
		Malformación congénita	Si No	Nominal	Porcentaje
		Macrosomía fetal	Si No	Nominal	Porcentaje

6.5 ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LAS VARIABLES DE CONFUSION:

Para controlar las variables de confusión que se pueden presentar en la recolección de datos, optamos por lo siguiente: aparte de utilizar el instrumento de recolección de datos, fuimos directamente a las historias clínicas de las pacientes que encajaron en nuestro estudio, revisamos una por una, y verificamos la información plasmada en los datos estadísticos de las dos IPS.

6.6 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS:

Para la recolección de la información hicimos una revisión documental de fuentes secundarias, a saber: documentos, estadísticas, estudios sobre el sector de la salud, Planes de Desarrollo tanto municipal como Departamental. Solicitamos a las dos IPS acceso a sus estadísticas del año 2005, y a partir de esa información, obtuvimos los factores que se asociaron a la mortalidad perinatal, segmentando por entidades consignadas como causa de muerte. Se organizaron los datos, se sumaron por homogeneidad, y los resultados se distribuyeron en términos cuantitativos y porcentuales, para de esa manera, determinar los de mayor relevancia.

6.7 INSTRUMENTO PARA LA REVISIÓN DE DATOS:

Para la construcción de este se analizaron datos que pudieran ser claves y que pudieran guiarnos hacia lo que realmente nos interesaba, lo cual era todo lo relacionado con las muertes perinatales y sus posibles causas, factores asociados o desencadenantes. Entre estos datos tenemos nombre de la paciente, edad, dirección, zona en la cual habita, controles prenatales, edad de gestación, estado del producto al momento del evento, sexo del producto, causa de muerte del producto anotado por el médico tratante. (Ver anexo No 3)

6.8 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS O TRATAMIENTO DE LA INFORMACION:

El plan para el procesamiento de datos fue el siguiente: aplicamos el instrumento de recolección de datos, extrajimos la población de estudio que encajó en nuestra investigación, y plasmamos la información obtenida de las distintas variables para su posterior análisis.

6.9 TRATAMIENTO ESTADISTICO:

Se segmentó la información a través de tablas donde se determinó el porcentaje y la frecuencia en que el evento se haya repetido, sin embargo, es necesario aclarar que debido a la poca información procesada, con base en el limitado número de casos, su significado estadístico es inocuo.

6.10 FUENTES DE INFORMACIÓN:

Las fuentes de información de ésta investigación fueron en su totalidad de carácter secundario, debido a que nos limitamos a obtener datos de estadísticas oficiales sobre muertes perinatales que se presentaron en el municipio de La Plata – Huila durante el año de 2005, y de las Historias Clínicas.

6.11 ASPECTOS ETICOS:

Debemos ser conscientes que la madre ha perdido a su hijo y esto tiene consecuencias no solo para ella sino para su núcleo familiar y social, precisamente por la importancia que lleva consigo el advenimiento frustrado de un nuevo miembro a la familia, debido a ello, a nuestro criterio, consideramos ante todo mantener la absoluta confidencialidad sobre los datos conocidos, nombres de las pacientes, antecedentes personales, ginecológicos y obstétricos, así como su domicilio o cualquier otro dato que pudiera ser usado para inferir o identificar las pacientes.

De igual manera, siendo información oficial, de carácter legal, nos esmeramos por salvaguardar el material de estudio que se nos facilitó, debido a que reconocemos su particular importancia en el archivo epidemiológico del municipio de la Plata y de las IPS involucradas en el estudio.

7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se encontraron un total de 20 casos definidos como muerte perinatal durante el año 2005, según reporte certificado por las dos Instituciones Prestadoras de Salud del municipio de La Plata.

Al estudiar las estadísticas presentadas se establecieron las siguientes conclusiones:

Se establece que el 75% de las muertes perinatales ocurridas en el período de estudio corresponde a casos del Departamento del Huila, el 25% restante son originarios del Departamento del Cauca; demostrando la capacidad médica que tiene la Institución Prestadora de Salud de La Plata para atender no solo a la población del Huila, sino a los habitantes del Departamento del Cauca, a quienes les es más oportuno asistir a ella que ir hasta Popayán.

Analizando los casos pertenecientes al Departamento del Huila encontramos que el 53% corresponde al propio municipio de La Plata, tanto del área urbana como de la zona rural. Luego sigue el Municipio de Tesalia con el 33% y por último Paicol que figura con 2 casos que equivalen al 13%. Vemos que la capacidad de la Institución Prestadora de Salud esta enfocada para servir a la propia población donde se encuentra ubicada, como también para los casos remitidos de Tesalia que es un municipio que se encuentra a treinta minutos de La Plata, y Paicol que se encuentra a veinte minutos.

Encontramos que la Institución ofrece garantías de servicios y sobre todo capacidad científica para dar respuesta a estas solicitudes de los pacientes, otro aspecto que hay que mirar es que la institución es la única en el sector sur-occidente del Huila que ofrece servicios algo avanzados y por lo tanto en cualquier contingencia ayudan a subsanar los requerimientos de los pacientes.

Dentro de los casos remitidos desde el Departamento del Cauca figuran: 3 casos de Inzá y 2 de Belalcázar. Estos municipios colindan con el Departamento del Huila y tienen la ventaja que cuentan con una vía de acceso de orden nacional lo cuál facilita su ingreso al departamento del Huila en vista que la capital Popayán se encuentra a más de cuatro horas por la misma vía.

Si analizamos los casos que provienen solo del municipio de La Plata, corresponden al 40% del total; de los cuales el 53 % corresponde al sector rural y el 47 % al sector urbano. Vemos que existen condiciones de salud muy delicadas en el municipio las que se ven reflejadas en estas cifras; dentro de las consideraciones vemos que falta una estructura de servicios tanto

médicos como de servicios públicos y vías que afectan en alto grado esta situación.

TABLA NO. 1 EDAD DE LA MADRE EN CASOS DE MUERTE PERINATAL
LA PLATA- HUILA
AÑO 2005.

EDAD	NO DE CASOS	PORCENTAJE %
<20	3	15
20 – 24	4	20
25 -35	3	15
35>	10	50
TOTAL	20	100

En cuánto a la edad de la madre para conocer sus características se estableció que: el 50 % de los casos presentados fueron en mujeres mayores de 35 años, el rango establecido entre 25 – 35 años de edad fue de 15% y las del rango entre 20 - 24 años de edad fue de 20%. La cuál denota que las mujeres mayores de 35 años que tuvieron casos de muerte perinatal corresponden al 50%; estas cifras definitivamente concuerdan con la literatura mundial⁴ las cuales demuestran esta situación.

TABLA NO. 2 LUGAR DE PROCEDENCIA
CASOS DE MUERTE PERINATAL
LA PLATA – HUILA
AÑO 2005

PROCEDENCIA	NO. DE CASOS	PORCENTAJE %
LA PLATA-URBANO	4	20
LA PLATA-RURAL	4	20
CAUCA - URBANO	3	15
CAUCA RURAL	2	10
TESALIA-URBANO	3	15
TESALIA - RURAL	2	10
PAICOL - RURAL	2	10
TOTAL	20	100

Otro aspecto que se debe mirar es que el Hospital de La Plata es el único cercano con suficiente estructura científica que puede atender esta clase de eventos médicos.

**TABLA NO. 3 SEXO DEL PRODUCTO
CASOS DE MUERTE PERINATAL
LA PLATA- HUILA
AÑO 2005**

GÉNERO	NO DE CASOS	PORCENTAJE %
MASCULINO	15	75
FEMENINO	5	25
TOTAL	20	100

Dentro de lo estudiado tenemos que el 75% de los casos presentados por muerte perinatal son del sexo masculino y el restante 25 % son del sexo femenino. Esto nos permite inferir que los niños del sexo masculino tienen mayor riesgo de sufrir muerte perinatal, sin embargo debido a la poca representatividad de los datos, es difícil sustentar esa afirmación, y corresponderá a otros estudios, investigar en ese aspecto.

**TABLA NO. 4 EDAD GESTACIONAL
CASOS DE MUERTE PERINATAL
LA PLATA - HUILA
AÑO 2005**

EDAD GESTACIONAL	NO DE CASOS	PORCENTAJE %
22 - 27 SEMANAS	8	40
28 - 33 SEMANAS	7	35
34 - 40 SEMANAS	5	25
> 41 SEMANAS	0	0
TOTAL	20	100

Dentro de los datos para la Edad Gestacional tenemos los siguientes resultados: el menor dato (25%) de los casos presentados son del intervalo entre 34 -40 semanas de gestación, le sigue el intervalo entre 28 – 33 semanas con el 35 % y por como mayor se encuentra el intervalo entre 22 – 27 con el 40%. Lo anterior nos muestra que a medida que disminuye la edad gestacional, el número de casos aumenta corroborando que la prematuridad es un factor de riesgo para muerte perinatal.

TABLA NO. 5 ESTADO DEL PRODUCTO
AL MOMENTO DEL EXPULSIVO
CASOS DE MUERTE PERINATAL
LA PLATA – HUILA
AÑO 2005.

ESTADO	NO DE CASOS	PORCENTAJE %
VIVO	8	40
MUERTO	12	60
TOTAL	20	100

Solo el 40% de los casos presentados en el año 2005 y reportados por la I. P. S. DE La Plata – Huila, nacieron vivos, y el 60% fueron casos de óbito fetal. El porcentaje es alto de muerte, sobre todo teniendo en cuenta la procedencia de las madres en este caso, lo que nos muestra que todavía no existe una cultura de la prevención y no se cuenta con las normas médicas que permitan disminuir este factor?.

TABLA NO. 6 FRECUENCIA DE CONTROLES
PRENATALES
CASOS DE MUERTE PERINATAL
LA PLATA - HUILA
AÑO 2005

NÚMERO DE CPN	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
0	6	30
2	5	25
3	0	0
4	3	15
5	2	10
6	4	20

Del estudio de la encuesta tenemos que aunque el 20% de las madres asistieron a controles prenatales en seis oportunidades; el 30% de las madres, es decir 6 en total no fueron a ningún control antes del parto, lo cuál nos muestra un importante número de gestantes que estuvieron expuestas al factor de riesgo documentado^{4, 8} como lo es la falta de controles prenatales.

TABLA N0. 7 CAUSA DE MUERTE DEL PRODUCTO
CASOS DE MUERTE PERINATAL
LA PLATA - HUILA
AÑO 2005

CAUSA DESCRITA DE MUERTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
ASFIXIA PERINATAL SEVERA	3	15
PREMATUREZ EXTREMA	5	25
INSUFICIENCIA PLACENTARIA	1	5
MALFORMACIÓN CONGENITA	2	10
OLIGOAMNIOS SEVERO	2	10
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	1	5
SEVERA DIFICULTAD RESPIRATORIA	1	5
MACROSOMIA FETAL	2	10
HIPOXIA PERINATAL POR RETENCIÓN CEFALICA	1	5
HIPOXIA PERINATAL	1	5
SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	1	5
TOTAL	20	100

Dentro de la causa de muerte tenemos que las más destacadas son: asfixia perinatal severa con el 15%, óbito fetal con el 10% , malformación congénita 10 % y macrosomia fetal con el 10 %.

El resto de causas enunciadas se presentaron con un solo caso; sin embargo esta variable desdice mucho de lo que se ve en la comunidad, hace falta mayor participación de los organismos de salud que ayuden a que estas cifras disminuyan y por lo tanto se mejore la calidad de vida y de expectativa de vida entre los Plateños.

TABLA N0. 9 SEGURIDAD SOCIAL DE LA MADRE
CASOS DE MUERTE PERINATAL
LA PLATA - HUILA
AÑO 2005

NOMBRE DE LA ENTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
CAFESALUD	4	20
ECOOPSOS	6	30
SUBSIDIADA	2	10
VINCULADA	7	35
CAPRECOM	1	5
Total	20	100

En razón a la seguridad social se puede observar que un 80% de las pacientes del estudio pertenecen tanto al régimen subsidiado como al vinculado, y que solo el 20% esta en la capacidad de tarifar una afiliación al régimen contributivo; esta situación plantea la necesidad de evaluar la forma como se les está prestando el servicio de salud a las pacientes en las entidades correspondientes al estudio, para poder llegar a una conclusión que descarte o catalogue esta variable como un verdadero factor de riesgo.

8. DISCUSION

Al comparar los distintos factores involucrados en la mortalidad perinatal, respecto a la edad materna se deben destacar que las edades fluctúan desde embarazadas adolescentes hasta las gestantes mayores de 35 años, lo cual deja ver que un gran porcentaje (65%) corresponde a estos dos grupos etéreos. Respecto al sexo de los productos muertos, se observó que una mayoría importante correspondió a varones (75%), la edad gestacional predominante al momento de la muerte del producto fue entre 22-25 semanas (35%), así como si el feto nació vivo o no, siendo el 60% de los casos los que nacieron muertos. El número de controles prenatales fue un factor de suma importancia, ya que el 30% de las madres no asistieron a ningún control, lo cual demuestra un importante número de mujeres expuestas al factor de riesgo.

Entre las causas de muerte perinatal, la asfixia severa ocupó la más alta frecuencia (15%), seguida del óbito fetal (10%), las malformaciones congénitas (10%) y la macrosomía fetal con el mismo porcentaje. Lo cual demuestra que el estudio no es concluyente respecto a determinar las causas principales de mortalidad perinatal.

Por último, en lo que respecta al tipo de afiliación de la madre, este estudio tampoco arroja resultados concluyentes acerca de si existe un factor causal directo entre el tipo de afiliación o incluso la no afiliación y la mortalidad perinatal.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Falta que se induzca aún más la canalización de la demanda por intermedio de las promotoras y auxiliares de enfermería, esto con el fin de cortar el aumento de casos presentados en el año 2005.

Se denota que falta un mayor seguimiento a las mujeres que se encuentran inscritas dentro de los programas de promoción y prevención. Lo anterior nos lleva a que se crea conciencia dentro de las futuras madres porque no se puede seguir presentando el caso que si no asisten lo hacen por pereza e inconstancia.

Promover aún más la capacitación de las futuras madres, sobre todo en el área rural porque la falta de un mayor conocimiento esta llevando a que se presenten mayores traumatismos entre la población. En este caso no podemos seguir siendo desconocedores de las normas.

Se presenta una baja cobertura en salud sobre todo en el sector rural lo cuál trae como consecuencia que sean conscientes de los derechos que tienen. Por lo tanto hay que mejorar la cobertura al régimen subsidiado esto se debe hacer por lo menos en forma mensual para prevenir circunstancias peores en el futuro inmediato.

Aumentar el alcance de los programas para las gestantes porque de lo contrario seria nefasto para el municipio no poder atender a una mayor población con necesidades.

Se presenta una dificultad porque las madres gestantes sobre todo si son del Cauca o del sector rural de La Plata no tienen un hogar donde acogerse por lo tanto en varias ocasiones no cuentan con la capacidad económica para quedarse en La Plata para atender su parto. Se plantea la posibilidad de crear un Hogar de Paso para las gestantes del área rural de muy bajos recursos económicos en las últimas semanas de gestación.

Crear con las A. R. S. mecanismos para no dilatar el ingreso de las madres gestantes a los programas de salud en el menor tiempo posible.

BIBLIOGRAFIA

BOBADILLA JL. Quality of perinatal medical care in Mexico city. Serie perspectivas en salud pública. Instituto Nacional de Salud Pública. 1988. paginas: 30,101- 113,.

Cubrimiento de la Salud en Colombia. Departamento Nacional de Estadística. 2004.

De la Garza C. González M. Muerte perinatal. Ginec Obstet. México. 1995. página: 63.

ECHEVARRIA E. Sauri P. Mortalidad perinatal en un hospital regional de 3º nivel. Bol Med Hospital Infantil México. 1991. página: 51.

Evidence based reproductive Health in developeing countries. WHO Reproductive Health Library 1999. páginas 1 -3.

FERNÁNDEZ J. Factores relacionados con el óbito fetal. Rev Perinatol. 1989. páginas: 95 -104.

GIBBS RS, Eschenbach DA. Use of antibiotics to prevent preterm birth. Am J Obstet Gynecolo. 1997. páginas: 375- 380

Goepfert AR, Goldenberg RL . Prediction of Prematunty Curr. Opin Obstet Gynecol. 1996. páginas: 417 – 427.

Informe Organización Mundial de la Salud. 2004.

Keirse M. New Perspectivas for the effective treatment of preterm labor. Am J Obstet Gynecol. 1995. páginas: 618- 628.

KILPATRICK SJ , et al. Outcome of infants born al 24 – 26 week gestation: I. Survival and cost. Obstet Gymecol. 1997. páginas: 803- 808.

Kilpatrick S. et al. Perinatal mortality in twins and singlestons matched for gestational age at 27,30 weeks. Am J Obstet Gymecol. 1996. páginas: 66- 71.

LANGER A. Arroyo P. La mortalidad perinatal en el Instituto Nacional de Perinatología. México. Bol Med Hosp. Infant México. 1983. páginas: 618 – 623.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Estudio sobre la mortalidad perinatal. Edición 2004.

MORENO A. Cano V, García R. El riesgo como indicador de necesidad en Epidemiología Clínica. Segunda Edición. México. Nueva Editorial Interamericana. 1994. páginas: 1-6.

MORENO A. Cano V, García R. Promoción de la Salud de las madres y los niños en epidemiología clínica. Segunda Edición. México. Nueva Editorial Interamericana. 1994. páginas: 7 -18.

MORENO A. Cano V, García R. Resultado, Riesgo y Medición en Epidemiología Clínica. Segunda Edición. México. Nueva Editorial Interamericana. 1994. páginas: 19 -33.

Plan de Desarrollo Departamento del Huila. "Todos unidos por el Huila". 2004.

REYES Z M et al. Análisis de la mortalidad perinatal en un centro de tercer nivel. En temas selectos en Reproducción Humana. México D.F. Instituto Nacional de Perinatología. 1988. páginas: 667 – 708.

SMAILL F. Antibiotic vs. No treatment of asyptomátic bacteriuria in pregnancy (Cochrane review). In the Cochrane Library, Sigue 1998. Oxford: Update Software.

VILLAR J Khan - Neelofur D. Patters of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 1998. Oxford: Update Software.

WALLACE H. Selected aspects of perinatal casualties looking ahead. Nationally Clin Pediatr. 1979. páginas: 215.

ANEXOS

ANEXO 1

MINISTERIO DE SALUD RESOLUCION NUMERO 00412 de 2000 (25 de febrero de 2000)

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan 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

EL MINISTERIO DE SALUD

En uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993 y

CONSIDERANDO

Que al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y para las Direcciones Seccionales, distritales y locales de Salud. Que las Administradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado tienen la obligatoriedad de prestar todos los planes de beneficios a su población, incentivando las acciones de Promoción y Prevención.

Que de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en Salud Pública.

Que los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben realizar las acciones conducentes a reducir el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, alcanzar mejoría en los niveles de salud y garantizar la salud colectiva, buscando impactar positivamente las metas de salud pública del país.

ARTICULO 6. PROTECCIÓN ESPECÍFICA. Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

ARTICULO 7. DETECCION TEMPRANA. Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la

reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

CAPITULO II.

NORMAS TECNICAS

ARTICULO 8. PROTECCION ESPECÍFICA. Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud enunciadas a continuación:

- a. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- b. Atención Preventiva en Salud Bucal
- c. Atención del Parto
- d. Atención al Recién Nacido
- e. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

ANEXO 2

ACUERDO 117

En ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 172 de la Ley 100 de 1993.

CONSIDERANDO

Que sólo con el concurso unificado de las acciones del Estado, las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, en el desarrollo de las actividades de prevención y control de la morbi – mortalidad evitable será posible alcanzar las metas propuestas para conseguir un cambio positivo en la salud de la población.

Que de conformidad con el Artículo 2 del Decreto 1485 de 1994 y el Decreto 2357 de 1995, el Sistema General de Seguridad Social, fija como responsabilidad de las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado administrar el riesgo en salud individual de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención.

Que los servicios de Protección Específica y de Detección temprana no son demandados por los usuarios en forma espontánea y por lo tanto las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad.

ANEXO 3

PRUEBA DE REVISIÓN DE DATOS

- Numero de historia clínica del hospital o IPS:
- Nombre de la paciente:
- Edad de la paciente:
- Seguridad social a la cual pertenece la paciente:
 - o Subsidiado
 - o vinculado
- Dirección:
 - o Urbana
 - o Rural
- Edad gestacional al momento del evento.
- Hubo controles médicos anteriores:
 - o SI
 - o NO
 - o Cuantos
- Estado del producto en el momento del parto:
 - o Vivo
 - o Muerto
- Causa de muerte anotada en la historia clínica:
- Otras variables a tener en cuenta según criterio medico:

FIRMA DE QUIEN HACE LA PRUEBA

FECHA

ANEXO. 4
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
ESTUDIO DE MORTALIDAD PRENATAL EN EL MUNICIPIO DE LA PLATA - HUILA
EN EL PERIODO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2005

TIEMPO ACTIVIDADES	1er. TRIMESTRE 2005 2005	2do. TRIMESTRE 2005	3er. TRIMESTRE 2005	4to TRIMESTRE 2005	2do. TRIMESTRE 2006
Anteproyecto y revisión bibliográfica					
Formulación y delimitación del tema.					
Justificación					
Formulación de objetivos					
Formulación del problema					
Elaboración del marco teórico.					
Diseño metodológico					
Prueba piloto					
Recolección de información					
Tabulación y análisis de la información.					
Entrega de trabajo final					

ANEXO 5
PRESUPUESTO
ESTUDIO DE MORTALIDAD PRENATAL EN EL MUNICIPIO DE LA PLATA - HUILA
EN EL PERIODO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2005

DETALLE	VALOR UNITARIO	GASTOS GENERALES	GASTOS NO RELEVANTES	TOTAL
INVESTIGADORES: 3	200.000		600.000	600.000
EQUIPOS Y MATERIAL: FOTOCOPIAS, DIGITACIÓN, IMPRESIÓN	50.00 300.00 20.000	25.000 12.000 40.000		77.000
PAPELERIA: RESMA DE PAPEL TAMAÑO CARTA LAPICEROS	12.000 800.00	12.000 4.800		16.800
OTROS GASTOS: 15 HORAS DE INTERNET	2.000		30.000	30.000
TOTAL		\$ 93.800	\$ 630.000	\$ 723.800