

**FACTORES DE RIESGO DE LA MORTALIDAD PERINATAL INSTITUCIONAL.****San Juan de Pasto - Nariño, 1998**Carmen Elena Betancourt S¹, Ana Milena Torres A.², Lorena Zambrano C.³**RESUMEN**

La mortalidad perinatal ocupa los primeros lugares como causa de muerte en la población infantil y es considerado un indicador universal de la calidad de atención y de las condiciones de vida de la población. En el municipio de Pasto no se conoce la existencia de estudios relacionados con factores de riesgo asociados con muerte perinatal, por lo tanto el propósito del estudio fue el determinar cual es el peso de estos factores en la mortalidad mencionada. El estudio tuvo por objeto estimar la frecuencia de factores de riesgo y su fuerza de asociación con mortalidad perinatal con el fin de generar información que permita orientar políticas de salud hacia la modificación del problema y fomento de estilos de vida saludables en el municipio de Pasto. El estudio se realizó en dos etapas: la primera descriptiva donde se tomó la población de 119 muertes perinatales notificadas a través de la ficha de muerte materna perinatal a la Dirección Municipal de Seguridad Social en Salud en 1998. La segunda fue analítica de casos y controles donde los casos fueron las muertes perinatales institucionales en el municipio de Pasto en 1998 y los controles, los nacidos vivos en el mismo período, con una muestra de 80 casos y 63 controles. Los resultados del estudio permitieron caracterizar la población de madres gestantes que presentaron muerte perinatal institucional en 1998 en el municipio de Pasto y en el estudio de casos y controles se encontró asociación significativa de estas muertes con bajo nivel de escolaridad de la madre, procedencia del área rural, edad gestacional baja, bajo peso de feto o neonato y baja frecuencia de los controles prenatales.

INTRODUCCION

La mortalidad perinatal ocupa los primeros lugares como causa de muerte en la población infantil y es considerada un indicador universal de la calidad de la atención en salud y de las condiciones de vida de la población, debido a que un alto porcentaje de esta mortalidad es evitable.

El estudio de muerte perinatal en los países del Mercado Común Europeo desde el punto de vista médico, demográfico y económico demostró una asociación entre las cifras bajas de muerte perinatal con los cuidados prenatales y con el factor económico especialmente con el producto interno bruto. En Japón y en otros países industrializados, la tasa

de mortalidad perinatal es de 10 por 1000 nacidos vivos (NV), mientras que en Sudamérica en 1984 fue de 28.2 por 1000 NV.

El Ministerio de Salud de Colombia se propuso para el cuatrienio 1997-2000, alcanzar reducciones significativas de la mortalidad materna y perinatal. Estas dos causas de muerte van íntimamente ligadas y es muy seguro que en donde la primera alcanza cifras altas, en la segunda ocurrirá lo mismo. Es difícil establecer las tasas reales de ocurrencia de estos dos eventos, por las limitaciones que presenta el registro de defunciones en términos de subregistro, el cual se sospecha, sea más alto en los lugares don-

1 Enfermera Coordinadora Sección Epidemiología. Dirección Municipal de Salud. San Juan de Pasto

2 Médico. Gerente Servicios Ambulatorios. Hospital San Pedro. Pasto

3 Enfermera Coordinadora Promoción y Prevención. EPS Salud Córdor

de la ocurrencia de la mortalidad materna y perinatal sea más alta. (Informe Epidemiológico Nacional Julio 1997).

En Colombia la tasa oficial expedida por el Ministerio de Salud para el año 1985 fue de 32.7 por 1000 NV.

En el departamento de Nariño, según el sistema de vigilancia epidemiológica que maneja el Instituto Departamental de Salud, existe un registro de tasa de muerte perinatal para 1998 de 13.8 por 1000 NV. En el municipio de Pasto, el sistema reporta para los años 1996 a 1998 tasas de 16.1, 26.2 y 26.8 por 1000 NV respectivamente. (Sistemas de Información Dirección Municipal de Salud de Pasto. 1998).

El propósito del estudio fue determinar cuales de los factores de riesgo tienen mayor peso en la ocurrencia de muertes perinatales que permitan fortalecer, recomendar o reorientar políticas de salud en el municipio orientados a disminuir este grave problema de salud pública.

MATERIALES Y METODOS

El estudio se planteó con el objeto de estimar la frecuencia de factores de riesgo y su fuerza de asociación para mortalidad perinatal y se efectuó en 2 etapas:

La primera, mediante un estudio descriptivo donde se observaron los factores de riesgo a que estuvieron expuestas las mujeres embarazadas cuyo parto fue atendido en las instituciones de salud del municipio de Pasto durante el año 1998 con resultado de muerte perinatal y en la segunda se realizó el estudio analítico de casos y controles que permitió explorar la fuerza de asociación de los factores de riesgo para mortalidad perinatal.

El caso se definió como muerte perinatal ocurrida en las instituciones de salud del municipio de Pasto en el año 1998 y el control como los nacidos vivos en el mismo periodo en las instituciones de salud del citado municipio en el año 1998. Los datos se obtuvieron de la ficha epidemiológica de muerte

materna y perinatal (Minsalud-UNFA), historias clínicas y entrevista a las madres para complementar datos.

Como hipótesis alterna se planteó que la exposición a los factores de riesgo es mayor en los casos que en los controles. Se tomó como variable dependiente muerte perinatal e independientes, factores de riesgo ambientales, estilos de vida, biológicos y servicios de salud

La población objeto en el estudio descriptivo son todos los fallecidos institucionales en edad perinatales notificados a través del sistema de vigilancia epidemiológica en el municipio de Pasto en el año 1998, que para el estudio corresponde a 119 muertes perinatales

Para el cálculo de la muestra en el estudio de casos y controles se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: probabilidad = 30% de exposición en los controles, error alfa = 5%, 1 - beta = 80%, razón de disparidad = 3, intervalo de confianza = 95%. Se obtuvo una muestra de 63 casos y 63 controles calculado y procesado en el programa Epi Info 6.04, subprograma análisis y Epi table. Considerando que se logró diligenciar completamente 80 fichas de casos de muerte perinatal se tomó este número como muestra en el estudio de casos y controles.

El error de muestreo y de medición fueron controlados a través del establecimiento de la muestra por métodos técnicamente reconocidos (Epi info-Epi table) y el fenómeno observado ha sido claramente definido (muerte perinatal y factor de riesgo).

Los sesgos de información se relacionan con la calidad de los datos registrados en la ficha de notificación epidemiológica que se controlaron con la verificación de los mismos en la historia clínica y con la entrevista de las investigadoras a las 119 madres que presentaron muerte perinatal.

Para el control de sesgos de selección de los controles, se verificó que todos ellos hubiesen ocurrido en el mismo periodo de tiempo y que pertenecieran a

las instituciones de salud donde fallecieron los casos.

El análisis para el estudio descriptivo se realizó a través del cálculo de la frecuencia de factores de riesgo para muerte perinatal. Para el estudio analítico de casos y controles se calculó la razón de disparidad que permitió establecer la fuerza de asociación de los factores de riesgo para muerte perinatal.

RESULTADOS

El presente estudio fue realizado con 119 casos de muerte perinatal procedentes del área urbana y rural del municipio de Pasto en 1.998 y reportadas por las instituciones de salud.

FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES

Procedencia: el 71.4% de las muertes fueron procedentes del área urbana y el 23.5% del área rural y un 5% sin dato de procedencia.

La tasa de mortalidad perinatal reportada por instituciones de salud del municipio de Pasto en 1.998 en el área urbana, correspondió a 12.80 por 1000 NV y en el área rural, a 16.87 por 1000 NV. La procedencia es un factor de riesgo que se asocia con muerte perinatal, pues las gestantes en 1.998, procedentes del área rural tuvieron un exceso de riesgo de terminar su gestación en muerte perinatal 3.59 mayor que las mujeres del área urbana, $OR - 1 = (4.59 - 1) = 3.59$, con I.C. = (1.35-17.24), $P = 0.0006631$

Escolaridad: El 0.8% (1 caso) no refiere ninguna escolaridad, 65.5% (78) ha realizado estudios primarios, 24.4% (29) estudios secundarios, el 0.8 (1) estudios superiores y el 8.4% (10) sin información. El 66,3 % de las mujeres que presentaron muerte perinatal tuvieron un bajo nivel de instrucción. La escolaridad se encontró asociada a muerte perinatal expresado por un OR de 3.30, que significa que las gestantes en 1.998 en el municipio de Pasto, con un nivel instruccional bajo, tuvieron un exceso de riesgo de terminar su gestación en muerte perinatal 2.30

veces mayor que aquellas con nivel instruccional alto. $OR - 1 = (3.30 - 1) = 2.30$, con I.C. = (1.54-7.11) $P = 0.00066931$

Ocupación, tipo de trabajo y convivencia: El 74.8% (89 casos) se dedica al hogar y el 89.1% (106 casos) realizaron trabajo físico. El 82.4 % tuvieron apoyo de su cónyuge o de la familia. No se encontró asociación entre muerte perinatal y los factores de riesgo ocupación, trabajo físico y convivencia.

FACTORES DE RIESGO DE ESTILO DE VIDA

Hábitos maternos: En cuanto al consumo de tabaco el 79% (94 casos) no refiere consumo, el 2.5% (3) lo consumen, 18.5% (22) no informa. El consumo de alcohol no estuvo presente en el 80.7% (96), el 0.8% (1) lo consumen y el 18.5% (22) no informa, los estimulantes no se consumen en un 81.5% (97), el 0.8% (1) lo consumen y el 17.6% (21) no informa. No se encontró fuerza de asociación de estos factores con muerte perinatal.

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS

Edad de las madres . La edad de las madres en las que ocurrió muerte perinatal se encuentra entre 18 y 35 años en un 73.2% (87), el 11.6% (14) en mayores de 35 años y de un 7.6%(9) no se obtuvo información. $OR 1.65$, $IC = (0.71-38.6)$

Talla de las madres : 7.2% (9 casos) menor o igual a 1.45 cm, el 72.6% (86) mayor de 1.45 cm y sin información 20.2% (24). $OR 1.41$, $IC = (0.34-6.16)$

Paridad: Primigrávidas el 24.4% (29 casos), de 1 a 4 embarazos el 45.3% (54), multípara con 5 o más embarazos el 26.1% (31) y el 4.2% (5) sin información.

No se encontró fuerza de asociación entre muerte perinatal y los riesgos biológicos edad y talla

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Embarazos múltiples: Sin antecedentes: 91.6% (109 casos) y con antecedentes: 1.7% (2) y 6.7% (8) no informa.

Aborto: Sin antecedentes el 79.8% (95), con antecedentes: 15.9% (19) y no informa: 4.3% (5).

Cesárea previa: Sin antecedentes: el 90.8% (108), con antecedentes: el 5% (6) y el 4.2% (5) no informa.

Muerte perinatal previa: Sin antecedentes el 88.2% (105), con antecedentes el 6.8% (8) y el 5% (6) no informa.

No se encontró fuerza de asociación entre muerte perinatal y antecedentes gineco-obstétricos.

Intervalo inter genésico: menos de 2 años el 16% (19 casos) y el 68.1% (81) mayor o igual a 2 años y 16% (19) sin información.

No se encontró fuerza de asociación entre muerte perinatal e intervalo inter genésico OR 1.06. IC = 0.42-2.67.

Antecedentes patológicos: Sin antecedentes patológicos 79.8% (95), 17% con antecedentes distribuidos así: 5% con enfermedad cardiovascular, 1.6% endocrina, 1.6% hepática 0.8% dermatológica, 0.8% músculo esquelética, 0.8% neurológica y 3.2% (4) sin información. No se encontró fuerza de asociación entre muerte perinatal y antecedentes patológicos.

Antecedentes familiares: Diabetes el 2.5% (3 casos), hipertensivos el 8.4% (10), tuberculosis el 0.8% (1), sin antecedentes familiares patológicos el 84% (100), el 4.2% (5) sin información. No se encontró fuerza de asociación entre muerte perinatal y antecedentes familiares.

Semanas de gestacion en los embarazos con muerte perinatal: 19.4% (23 casos) de 28 a 32 semanas, 24.4% (29) de 33 a 36 semanas, 51.3% (61) de 37 a

41 semanas, 0.8% (1) de 42 a 45 semanas y el 4.2% (5) sin información. En el estudio se encontró una asociación significativa de la edad gestacional baja con muerte perinatal expresada con un OR de 9.83 IC = (2.99 - 35.76) P = 0.00001039

Estado reproductivo a la muerte perinatal: 38.7% (46 casos) durante la gestación, el 8.4% (10) en el trabajo de parto sin considerar la etapa del expulsivo, el 5.9% (7) durante el expulsivo, el 21% (25) hasta 24 horas de nacido, 26.1% (31) de 1 a 28 días de nacido.

Se encontró muerte fetal en un 52.9% (63 casos) y muerte perinatal 47.1% (56).

Distribución de frecuencias de muerte perinatal según estado y peso al morir: El 10,10% fueron muertes fetales o neonatales, con peso menor de 1.500 gr. relacionadas con la salud materna. El 46,22% fueron muertes fetales con peso mayor de 1.500 gr. que tuvieron relación con el cuidado materno. El 33,62% fueron muertes neonatales, con peso mayor de 1.500 gr. relacionadas con el cuidado neonatal.

El 6,7% fueron muertes neonatales tardías, con peso mayor de 2.500 gr. relacionadas con cuidados infantiles. El peso del feto o del neonato al morir se asoció significativamente con muerte perinatal con un OR de 7.24 significando que los fetos o neonatos que tuvieron un peso menor de 2.499 gr. y mayor de 4.000 gr. tuvieron un exceso de riesgo de 6.24 veces mayor de terminar en muerte perinatal, (OR-1) = 6.24, IC = 2.73-19.99. P = 0.0000078

FACTORES DE RIESGO DE SERVICIOS DE SALUD

En 1.998, el Hospital San Pedro atendió aproximadamente el 60% de las terminaciones de gestación en el municipio de Pasto y durante el mismo año, el Hospital Departamental lo hizo en aproximadamente el 30% y otras instituciones del municipio de Pasto en el 20%.

Institución que informó la muerte perinatal: El Hospital San Pedro reportó el 53.7% (64 casos) de las

muerres perinatales institucionales en 1.998, el 31.1% (37) reportadas por el Hospital Departamental, el 8.4% (10) fueron informadas por el Hospital Infantil, 0.8% (1) en centro de salud rural el 2.5% (3), en centro de salud urbana el 1.7% (2), Clínica del Seguro Social el 0.8% (1) en la Clínica Palermo y 0.8% (1) en otro sitio.

Lugar de muerte perinatal: El 38.7% (46 casos) de las muertes fetales ingresó a la institución de salud sin referir movimientos fetales y/o con ecografía obstétrica que reporta feto muerto y se consideró como una muerte extrainstitucional, el 60.5% (72) de las muertes perinatales ingresó a la institución de salud con feto vivo y se consideró muerte institucional y el 0.8% (1) ocurrió en la ambulancia.

Control prenatal: el 37.8% (45 casos) de las gestantes que presentaron muerte perinatal en 1.998 no realizaron control prenatal, el 58.8% (70) con control prenatal, el 3.4% (4) sin información.

La realización del control prenatal está asociado con la muerte perinatal; el exceso de riesgo es de 2.50 más veces de terminar la gestación en muerte perinatal para las mujeres embarazadas que no realizaron control prenatal sobre las que si lo realizaron. $(OR - 1) = (3.50 - 1) = 2.50$, $IC = 1.46-8.40$ $P = 0.00670727$

Frecuencia de los controles prenatales: Sin ningún control prenatal se encontró un 37.8% (45 casos), con un número de controles prenatales menor a 4, 26.3% (31), 4 o más controles 26.7% (32), sin información sobre el número de controles realizados, el 9.2% (11).

La frecuencia de los controles prenatales se asoció significativamente con muerte perinatal con un OR de 3.10 significando que las gestantes que tuvieron menos de 4 controles, tuvieron un exceso de riesgo de 2.10 veces mayor de terminar en muerte perinatal, sobre las que realizaron 4 o más controles prenatales, $(OR-1) = 3.10$, $IC = 1.53-6.28$. $P = 0.002628$

Oportunidad del primer control prenatal: el 20.2%

(24 casos) de las mujeres que presentaron muerte perinatal en 1.998, realizaron el primer control prenatal antes de las 15 semanas de gestación, el 31% (37) lo hicieron después y sin información en la edad gestacional del primer control 11% (13). No se encontró fuerza de asociación entre muerte perinatal y oportunidad en el primer control prenatal.

Funcionario que realiza el control: en un 71.4% (50 casos) el control fue realizado por el médico general, 22.9% (16) por médico obstetra, el 1.4% (1) por enfermera, 1.4% (1) por auxiliar de enfermería y el 2.9% (2) sin información. El 95.7% de los controles prenatales se realizaron por personal capacitado. El 11.8% (14 casos), fueron remitidas durante el control prenatal, no remitidas el 34.5% (41) y sin información el 53.8% (64).

Terminación de la gestación: En el 93% (111 casos) el parto fue atendido institucionalmente y el 6.7% (8) no, con parto normal en un 69.7% (83 casos), 24.4% (29) cesárea y 5.9% (7) intervenido. El personal que atendió el parto fue en un 31.9% (38 casos) por médico obstetra, el 26.1% (31) por médico general, el 31.1% (37) por médico interno - estudiante, el 1.7% (2) por auxiliar de enfermería, el 0.8% (1) por enfermera, el 0.8% (1) por médico especialista, el 2.5% (3) por partera y el 5% (6) por otro.

Nivel de atención en la terminación de la gestación: en un 88.2% (105 casos) en nivel especializado, el 3.4% (4) en centros de salud, el 0.8% (1) en puesto de salud y el 7.6% (9) en otro.

La atención perinatal del feto - recién nacido en un 96.6% (115 casos) recibieron atención institucional y el 3.4% (4) no la recibieron.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio mostraron que la frecuencia de mortalidad perinatal institucional procedente del municipio de San Juan de Pasto en 1998 fue de 119 casos, correspondiendo el 71.4% al área urbana y 23.5% al área rural, con una tasa de mortalidad perinatal en el área urbana de 12.80 por 1000

NV y una tasa mayor para el área rural 16.87 por 1000 NV, esta mayor tasa de muerte perinatal en el área rural, puede atribuirse a la presencia de otros factores de riesgo como el difícil acceso a los servicios de salud y el bajo nivel de desarrollo socioeconómico y cultural que influyen sobre las embarazadas de esta área. Se encontró asociación significativa entre la procedencia y la mortalidad perinatal con un OR de 4.59 (IC 1.35 – 17.24, P = 0.0098).

En el 66.3% de las mujeres que presentaron muerte perinatal, la escolaridad correspondió a un nivel instruccional bajo (primaria o ninguna) asociación confirmada por un OR de 3.30 (P = 0.0006) que permite demostrar que el bajo nivel educativo se constituye en un factor de riesgo importante para muerte perinatal, probablemente el bajo nivel instruccional no les permite reconocer en algunos casos la importancia del autocuidado y la atención en salud durante la gestación. No se encontró asociación significativa entre la muerte perinatal y los factores de riesgo convivencia, ocupación y tipo de trabajo.

El 56.3% de los nacimientos correspondió a niños de bajo peso (menor de 2.500 grs.) y en un 16% peso insuficiente (2.500 – 2.900 grs.). Se encontró asociación significativa con un OR de 7.24 (P = 0.000007) que muestra la gran fuerza de asociación de este factor de riesgo y el impacto que tendría la reducción del bajo peso al nacer en la lucha contra la mortalidad perinatal. El bajo peso al nacer es el indicador más importante del crecimiento intrauterino, del estado nutricional y de la supervivencia perinatal.

El análisis del peso al nacer y de la edad al morir muestra que el 46.22% de las muertes perinatales ocurrieron en fetos con un peso mayor a 1500 gr., estos casos se consideran asociados a problemas en el cuidado materno durante el periodo perinatal. Estas muertes se pueden evitar si se mejora el CUIDADO MATERNO como por ejemplo el uso de tecnología apropiadas como la monitoría fetal ante e intra parto y el ultra sonido para el diagnóstico precoz del sufrimiento fetal, programas de seguimien-

to de las madres de alto riesgo.

El 33.62% de las muertes perinatales fueron muertes neonatales tempranas (menor de 7 días) o neonatales tardías (de 7 a 28 días) y presentaron peso al nacer mayor o igual a 1500 gr., estas muertes se consideran asociadas a problemas en el cuidado neonatal, las intervenciones para disminuir estas muertes perinatales deben incluir por ejemplo la normatización de la atención del parto con el partograma, reanimación del recién nacido, adecuación de unidades de recién nacido y seguimiento.

El 10.1% de las muertes perinatales ocurrieron en menores de 1500 gr. (feto o neonato) y se pueden asociar a factores relacionados con la salud materna. Las intervenciones para disminuir estas muertes pueden incluir programas de salud sexual y reproductiva, aumento de la cobertura de los programas de vigilancia nutricional y prevención de la drogadicción y alcoholismo.

El 6.7% de las muertes perinatales ocurrieron en mayores de 2500 gr., en periodo neonatal tardío de 7 a 28 días pudiéndolas asociar a problemas en el cuidado infantil.

Para disminuir estas muertes se deben fortalecer programas como el de seguimiento de niños de alto riesgo y aumento de la cobertura de vacunación en grupos de riesgo.

El riesgo de semanas de gestación baja (de 28 a 36 semanas) y de embarazo prolongado verdadero (más de 42 semanas) se relaciona con una mortalidad perinatal significativamente mayor cuando se compara con la que ocurre con la gestación normal (de 37 a 41 semanas). En este estudio se encontró una asociación significativa de la edad gestacional baja con muerte perinatal expresada con un OR de 9.83 (P = 0.00001). La inmadurez es el riesgo más grave que tiene el feto o el recién nacido en los casos de parto prematuro.

El 58.8% de las madres con muerte perinatal refirieron haber realizado control prenatal, para analizar la calidad de esta actividad realizada por estas

gestantes se tuvieron en cuenta dos variables: frecuencia y oportunidad del primer control. De estas gestantes que realizaron control, solo el 26.7% cumplieron adecuadamente con él en cuanto al número (más de 4), el 39% realizaron el primer control antes de las 15 semanas de gestación. En el grupo de madres que tuvieron muerte perinatal y en las que no tuvieron, se encontró asociación significativa con el realizar control prenatal con un OR de 3.50 ($P = 0.0067$), para un número de controles prenatales mayor de 5 con un OR de 3.10 ($P = 0.0026$). Esta situación explica la importancia que el control prenatal tiene para la prevención de la muerte perinatal cumpliendo con algunas características de calidad como es la frecuencia, que se considera como indicador de accesibilidad.

RECOMENDACIONES

Con base en los hallazgos se proponen recomendaciones relacionadas con la calidad de la información, la atención y la intervención de los factores de riesgo asociados, así:

DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN

- Educar y capacitar al personal de salud de todas las instituciones prestadoras de salud en el proceso de obligatoriedad del diligenciamiento con calidad, de la historia clínica, la ficha individual muerte materna perinatal del Ministerio de Salud y registros de estadísticas vitales.
- Motivar al personal de salud en forma permanente acerca de la importancia del diligenciamiento completo de los registros del sistema de información perinatal.
- Evaluar la calidad de los registros mediante un programa de control y análisis de la información obtenida y sugerir intervenciones focalizadas.
- Educar y capacitar a los profesionales de salud y técnicos de estadísticas de las instituciones prestadoras de salud sobre las implicaciones ético legales de la historia clínica.

- Integrar las distintas fuentes legales y forenses de información, para lograr la clasificación adecuada de las causas de muerte perinatal.
- Optimizar y agilizar el flujo de información entre las distintas instituciones que participan en la atención de la mujer durante el proceso reproductivo y el proceso perinatal.

DE LA ATENCIÓN

- Vigilar en todas las instituciones de salud del municipio de Pasto, el cumplimiento del decreto 2174 de 1996 por el cual se organiza el sistema de garantía de la calidad con los componentes: subsistema de información, referencia y contrarreferencia, establecimiento de protocolos, desarrollo del programa de humanización, establecimiento de la valoración de la satisfacción del cliente y planes de mejoramiento de la calidad.
- Promover la implementación de planes de mejoramiento continuo de la calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud dirigidos a mejorar la capacidad resolutoria mediante la capacitación del talento humano, dotación de equipos y suministro de materiales.
- Capacitar a los profesionales del equipo de salud que brindan atención a las mujeres en proceso reproductivo, gestante y perinatal, sobre la dimensión de los riesgos asociados con el embarazo, el parto y el cuidado del recién nacido.
- Supervisar la calidad de la atención materna y perinatal mediante la evaluación de indicadores de calidad y el grado de cumplimiento de las normas de atención.
- Generar en las instituciones de salud del municipio de Pasto propuestas de intervención para mejorar la calidad de atención.
- Promover el acceso de las mujeres gestantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Establecer políticas que permitan captar tempranamente a las mujeres gestantes para el control prenatal, la atención del parto, del puerperio y de la atención perinatal.
 - Promover la adopción y aplicación de las guías que faciliten y orienten la atención prenatal y control.
 - Promover la realización de investigaciones acerca de la calidad de atención de la mujer en su periodo reproductivo y de evaluación de impacto de los programas desarrollados hasta el momento.
 - Humanizar los servicios de salud sexual y reproductiva con énfasis en las adolescentes y en las mujeres mayores de 35 años.
 - Fortalecer la vigilancia epidemiológica de muerte perinatal a través del seguimiento a comités de vigilancia epidemiológica en el análisis de muertes perinatales y generar planes de mejoramiento institucional.
 - Información, educación y comunicación sobre los deberes y derechos en el sistema general de seguridad social en salud.
- (escolaridad, control prenatal, prematuridad, bajo e insuficiente peso al nacer), para contribuir efectivamente en la prevención y tratamiento de estos factores y disminuir muerte perinatal.
- Aumentar la captación precoz de las gestantes y proporcionarles atención prenatal y natal en cantidad y calidad adecuada.
 - Los factores de riesgo encontrados son, en su mayoría, modificables con acciones de promoción y prevención bien conocidas y que podrían producir un impacto en la gran lucha contra la muerte perinatal.
 - Para la intervención de factores de riesgo preconceptionales como la escolaridad son necesarias acciones interinstitucionales e intersectoriales para un verdadero impacto en la prevención de muerte perinatal.
 - El Dr Bryan McCarthy, director del centro colaborador de la OMS en la división de salud reproductiva del CDC de Atlanta (Georgia) desarrolló una metodología de análisis mediante el cruce de las variables peso al nacer y edad al morir, con la cual es posible identificar los grupos prioritarios y definir las intervenciones apropiadas de acuerdo con la vigilancia epidemiológica de la mortalidad feto-infantil. El grupo investigador propone estudiar esta metodología para la aplicación en el municipio de Pasto, apoyados en la experiencia del centro para el desarrollo de la salud integral materno perinatal infantil y adolescencia de la Universidad del Valle CEMIYA.

INTERVENCIONES DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Difundir en las instituciones prestadoras de salud la adopción de la historia clínica perinatal base establecida, CLAP-OPS / OMS, que resume la información mínima indispensable para la toma de decisiones (clasificación riesgo) y la ejecución de acciones relacionadas con la salud de la gestante y el fruto de la concepción.

- Dar amplia difusión de estos resultados al personal de salud para crear una mayor conciencia de la gravedad del problema y de las acciones que pueden realizarse para mejorarlo.
- Capacitar al personal de salud en la identificación de los factores de riesgo encontrados

BIBLIOGRAFÍA

- ABRIL G. Luis D. Manual Pediatrico, Celsus, 1994, pagina 10 a 14.
- BELIZAN JM VILLAR J GONZÁLEZ M. Calcium supplementation during pregnancy: Br Obstet ynecol 1.994;101:1-6.
- CIFUENTES R. ORTIZ I. MARTÍNEZ D. Aspectos perinatales del bajo peso al nacer en Cali. Colombia. Rev. Latinoamericana Perinatología 1987. 7: 11-5
- DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Protocolo de vigilancia epidemiológica. Cuarta Edición. Medellín. 1996.
- DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Protocolo de atención materna y perinatal con enfoque de riesgo. Capitulo I. Medellín. 1994: 161-169
- ERIKSON JD, BJERKEDAL T. Fetal and mortality in Norway and the United States. JAMA 1982; 987-97.
- FAMILY CARE INTERNACIONAL. Dialoguemos. Violencia y abuso sexual Boletín Numero 5. Junio 1998.
- FAMILY CARE INTERNACIONAL. Mortalidad sin riesgo. Hoja Informativa. New York.
- FRIEDMAN, J. Pathology of preeclampsia. Clin Perinatol 1.991; 18 : 661-82.
- GOLDENBERG R. CLIVER SD, BRONSTEIEN J et al, Bed rest in pregnancy. Obstet Gynecol 1.994; 84:131-135.
- HERRERA, J.A. Epidemiología de la preeclampsia. Colombia Med 1.994 ; 25: 151-55.
- HERRERA M. Julián A. Aplicación de un modelo biosicosocial , Universidad del Valle, 1997: 43-55, 61- 62 ,99, 222-223
- HERNÁNDEZ, Z. Augusto, Estudio de mortalidad perinatal y bajo peso al nacer. Frecuencia y factores de riesgo Medellín 1.993.
- IMPERIALE TF, PETRULIS AS. Jama 1.991;266:260-64.
- MEJIA, LÓPEZ J. Centro para el desarrollo de la salud integral materno perinatal, infantil y adolescencia. FAMILY CARE. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materno perinatal e infantil, Vol I N° 1, Julio 1.998: 3-8 Profamilia Encuesta nacional de demografía y salud.. Macro Internacional Inc. Pág 134 – 139, Bogotá. Octubre. 1995.
- PLAN NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá 1995.
- SCHWARES, R, DÍAZ AG, FESCINA R et al. Epidemiología del bajo peso al nacer en maternidades de América Latina. Publicación Científica 915, CLAP, OPS / OMS, Montevideo, 1981.
- USANDIZAGA, FUENTE P. Tratado de ginecología y obstetricia. Pág 452 – 455 . Mc-Graw Hill. Interamericana. Madrid; 583 –586.
- WALLRGURG, HCS, MAKOCVITZ, JW, DEKKER, GA. Lacent 1.986, 1:1-3.

