

CARACTERIZACION DE LA MORTALIDAD PERINATAL CON RELACION A LA ATENCION PRENATAL, PARTO Y NEONATO PRECOZ. Hospital Regional de Ipiales, 1994

Graciela Motta Lozada, Luz Marina Villacrés Gonzalez, Alvaro Muñoz Orozco

RESUMEN

Con el propósito de aportar al conocimiento de las características de la atención prenatal, del parto y del neonato precoz que están influyendo en la mortalidad perinatal, se realizó un estudio descriptivo de casos con las muertes perinatales precoces ocurridas entre el 1 de julio al 31 de diciembre de 1994 en el Hospital Regional de Ipiales - Nariño. Se estudiaron 49 casos a través de información obtenida de la Historia Clínica Perinatal Simplificada, la cual se complementó con una entrevista a las madres de los casos. Se encontró relación con inasistencia a los controles prenatales, edad gestacional al primer control, factores de riesgo (potenciales, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes ginecobstétricos y riesgos de embarazo actual). Fue significativa la relación de la mortalidad perinatal con el trabajo de parto, el nivel de atención, duración, período del trabajo de parto en que llegó al hospital, personal que lo atendió, edad gestacional, monitoreo fetal, diagnóstico de admisión y las complicaciones. Con respecto la atención del neonato precoz, la mortalidad se relacionó con el personal que lo atendió, Apgar al minuto y a los 5 minutos, con el examen físico, la valoración nutricional y causa de mortalidad con Apgar al minuto y cinco minutos, edad gestacional, el examen físico, la valoración nutricional, el diagnóstico de admisión y las complicaciones. Las actividades de promoción en salud, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del control prenatal, trabajo de parto y parto y neonato precoz, se brindaron en forma incompleta, fraccionada e inoportuna, siendo algunas significantes con el producto del nacimiento y causa de mortalidad neonatal precoz, de igual manera, se encontró que estas actividades no son las óptimas para el segundo nivel de atención que representa el Hospital Regional de Ipiales, por lo cual se hacen necesarias medidas inmediatas de quienes toman decisiones y dirigen las políticas de atención Materno Infantil en la institución para incidir de manera pronta en la disminución de la morbimortalidad perinatal.

INTRODUCCION

En Latinoamérica y en Colombia el grupo de enfermedades perinatales, son la primera causa de muerte para los niños menores de un año a pesar del gran porcentaje de partos atendidos en instituciones de salud(1).

Es preocupante que las políticas y acciones a nivel mundial y nacional encaminadas a la reducción de la mortalidad perinatal, éstas en algunas regiones no han logrado cambios significativos. Este hecho fue observado al revisar las estadísticas en el Hospital Regional de Ipiales, donde se encontró que las causas perinatales ocupan el primer lugar entre la mortalidad proporcional general y van en ascenso. Este incremento se observó en 1992 con el 28% y en 1993 con el 29%(2), para una tasa de mortalidad perinatal en Ipiales de 10,5 por mil en 1992(2)

El propósito del estudio, fue el de facilitar el conocimiento de las características de la atención prenatal, la atención del parto y neonatal precoz que están influyendo en la mortalidad perinatal en el Hospital Regional de Ipiales y se considera que para disminuir la mortalidad perinatal, se debe intervenir un nivel relacionado con la prestación de los servicios de salud, el proceso de salud-enfermedad de la madre y el recién nacido y el mejoramiento de las condiciones de vida.

En el período de estudio se presentaron 49 casos de muertes perinatales precoces, procedentes de 10 municipios, siendo Ipiales, Pupiales y Cumbal con el 44.9% los principales aportantes a dicha mortalidad, es de anotar que el 55.1% pertenecen al área de influencia del Hospital. Con relación a las tres primeras causas de defunción registradas se encontraron: el síndrome de dificultad respiratoria con el 26.5%, sepsis 16.3, hipoxia perinatal 8.2% y el mayor porcentaje 30.6

sin registrar causa de muerte.

Al relacionar la mortalidad con la atención prenatal se encontró asociación estadística con la inasistencia a controles prenatales, edad gestacional al primer control, factores de riesgo (potenciales, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes ginecobstétricos y riesgos de embarazo actual).

La relación con el trabajo de parto y parto, fue significativa con el producto del nacimiento y nivel de atención, duración, período del trabajo de parto en que llegó al hospital, personal que lo atendió, edad gestacional, monitoreo fetal, diagnóstico de admisión y las complicaciones.

La mortalidad perinatal con relación a la atención del neonato precoz durante su nacimiento, fue significativa con el personal que lo atendió, Apgar al minuto y a los 5 minutos con el examen físico con la valoración nutricional y causa de mortalidad con Apgar al minuto y cinco minutos, con edad gestacional, con el examen físico, con valoración nutricional, con diagnóstico de admisión y con las complicaciones.

Las actividades de promoción en salud, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del control prenatal, trabajo de parto y neonato precoz, se brindaron en forma incompleta, fraccionada e inoportuna, siendo algunas significantes con el producto del nacimiento y causa de mortalidad perinatal.

MATERIALES Y METODOS

Fue un estudio descriptivo de casos, donde se analizaron las características del 100% de las muertes perinatales ocurridas en el Hospital Regional de Ipiales, durante el período comprendido entre el 1° de Julio al 31 de Diciembre de 1.994, con relación a la atención de salud en el período prenatal, parto y neonatal precoz; se identificaron las características de la atención en cada período y se asociaron con los casos de muerte.

Para el estudio se tomó el 100% de muertes perinatales, que se presentaron en el Hospital en los servicios de obstetricia y pediatria. Entendiéndose como

caso toda muerte fetal o neonatal ocurrida a partir de la semana 28 de gestación y hasta antes del 7° día de nacido (168 horas)

La recolección de datos la realizaron las investigadoras a través de un cuestionario estructurado, previamente validado y revisado por expertos para los datos de la Historia Clínica Perinatal Simplificada, complementando los datos con una entrevista a la madre.

El procesamiento de la información se inició revisando el cuestionario de cada caso, haciendo la corrección y limpieza de datos. A cada respuesta del cuestionario se le asignó un código, se elaboró una matriz de datos y su correspondiente base, utilizando el programa EPI-INFO versión 5. El análisis univariado de la información, se hizo utilizando tablas de frecuencia, gráficas de distribución de frecuencia, promedios y proporciones. Para el análisis bivariado y determinación de la relación entre variables, se aplicó la prueba CHI Cuadrado (X^2)

RESULTADOS

CARACTERIZACION DE LA MORTALIDAD PERINATAL

En el período de estudio Julio a Diciembre de 1.994, se presentaron 49 casos de muertes perinatales precoces en el Hospital Regional de Ipiales y de sus diez municipios. El producto de nacimiento son mortinatos el 36,7% y vivos el 63,3% , de los cuales, el 53,1% fueron de sexo femenino y el 46,9% del masculino, siendo la proporción hombre-mujer de 1:1 .

Se observó que la causa de defunción no fue diligenciada en el SIS.110 en un 30.6% que corresponden a la mayoría de los mortinatos. Entre las causas registradas se encontró: el Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) 26,5% siendo en su mayoría por Membrana Hialina, Sepsis 16,3% , Hipoxia Perinatal 8,2% y Sufrimiento Fetal Agudo 6,1% , como principales causas de muerte. El menor porcentaje corresponden a Malformaciones Congénitas y Tétano Neonatal.

CARACTERIZACION DE LA ATENCION PRENATAL

Asistieron al control prenatal el 81,6% de las gestantes, entre 2 y 6 controles (85%) con un promedio de 4. Entre las razones de inasistencia a alguno de los controles de las madres encuestadas, se encuentran, "el descuido personal" 45,4% y la "desinformación" con el 15,1%. La inasistencia a los controles prenatales, tuvo relación con causa de mortalidad ($X^2 = 50,23$, $P = 0,0000$)

En cuanto al nivel de atención, el 72,5% asistieron a controles en instituciones de salud de nivel primario (40%), acudiendo al Hospital Regional de IpiALES el 20%. El personal que las atendió fue el médico general 82,5% y el ginecobstetra en un 2,5%, quien fue el recurso humano que menos intervino en dicha atención.

Respecto a la edad gestacional presentada al primer control, su mayor frecuencia fue en el segundo trimestre 40%, siendo en promedio 20 semanas. Este indicador se relacionó con causa de mortalidad ($X^2 = 145,19$ y $P = 0,0000$)

El enfoque educativo, es un componente básico de la atención prenatal, este aspecto no fue tenido en cuenta en un 27,7% y realizado en forma insuficiente al 55% de las gestantes.

En el control prenatal con relación a la detección y atención de factores de riesgo, se observó, que al 100% de las gestantes se les identificó algún factor de riesgo, asociándose con mortalidad: Factores Potenciales como edad > 35 año y madre soltera, ($X^2 = 52,66$, $P = 0,000$). Antecedentes Personales como hipertensión inducida por la gestación y diabetes, ($X^2 = 52,03$ y $P = 0,0000$). Antecedentes Ginecobstétricos, ($X^2 = 66,07$ y $P = 0,0000$). Riesgos del embarazo actual HIG, disminución de movimientos fetales y FUM desconocida o no confiable, ($X^2 = 77,63\%$ y $P = 0,0000$)

CARACTERIZACION DE LA ATENCION DEL TRABAJO DEL PARTO Y PARTO

En el estudio, se encontró que el inicio del trabajo de parto, en un 63.3% fue en forma espontánea; la forma inducida se presentó en el 28,5% de la cual la mayoría correspondió a los embarazos en quienes previamente se les había diagnosticado feto muerto. Al inicio del trabajo de parto el 49% de las embarazadas solicitó atención, de ellas un 32% fueron regresadas con indicaciones de volver cuando el trabajo de parto estuviese más avanzado "volver cuando tenga 3 dolores en 10 minutos". No solicitaron atención al inicio del trabajo de parto el 51% de las gestantes, argumentando razones de inasistencia, como: "no era tiempo" 20%, "sin orientación del trabajo de parto" 16%, "descuido y falta de recursos económicos" el 12% .

El nivel de atención del trabajo de parto tuvo relación con la mortalidad con un $X^2 = 6,99$ y $P = 0,0303$; y la duración del trabajo de parto intrahospitalario fue significantes con causa de mortalidad con un $X^2 = 183,52$ y $P = 0,0000$ y $X^2 = 128,86$ y $P = 0,0000$ respectivamente.

En cuanto al período del trabajo del parto en que llegó al Hospital el 36.7% no había iniciado el trabajo de parto, estas personas fueron devueltas para que regresaran en período expulsivo, siendo estos en su mayoría los casos de mortinatos. Este se relacionó con producto del nacimiento ($X^2 = 12,93$ y $P = 0,0116$).

El personal que brindó el 80% de atención durante el trabajo de parto fue enfermería con el 40,8%, el médico interno atendió el 14,3%. El tipo de personal que brindó la atención, se relacionó con producto del nacimiento ($X^2 = 16,2$ y $P = 0,0029$).

En cuanto a la edad gestacional, al inicio del trabajo de parto, se identificó que el 61,2% eran pretérmino, a término el 33,3% y posttérmino el 6,3%, con un promedio de la edad gestacional al inicio del trabajo de parto de 35 semanas. Esta se relacionó con causa de mortalidad ($X^2 = 166,15$ y $P = 0,0000$), además, el monitoreo se relacionó con producto del nacimiento ($X^2 = 9,84$ y $P = 0,0431$).

Los partos fueron institucionales en un 81,6%, atendidos por el médico interno 36,7%, el Ginecobstetra el 24,5% y el médico general el 18,4%. El personal humano que atendió el parto, se relacionó con causa de mortalidad ($X^2 = 56,11$ y $P = 0,0000$). El diagnóstico materno fetal en el momento de la admisión y las complicaciones del trabajo de parto y parto fueron también significantes con un $X^2 = 19,97$ y $p = 0,0295$ y $X^2 = 84,32$ y $p = 0,0000$ respectivamente.

CARACTERIZACION DE LA ATENCION DEL NEONATO PRECOZ

El nivel de atención inmediata del neonato precoz fue el Hospital con el 81,6%, en domicilio el 12,2%, Centros y Puestos de Salud 4,1% y no atendido el 2%. La atención del neonato en su mayoría fue brindada por enfermería 40,8% y el 6,1% por el pediatra. Entre otras personas que atendieron al neonato están el ginecobstetra y el anestesiólogo. Se presentó un caso que no recibió ningún tipo de atención, porque falleció conjuntamente con su madre. El recurso humano que brindó atención al neonato se relacionó con el producto del nacimiento ($X^2 = 20,89$ y $P = 0,0008$).

Los resultados del Apgar al minuto y a los 5 minutos se relacionaron con causa de mortalidad ($X^2 = 0,9897$ y $p = 0,0000$); el promedio de edad gestacional fue de 34,6 semanas con un $X^2 = 104,38$ y $p = 0,0000$

Con relación al examen físico, sólo se le realizó a los neonatos que nacieron vivos e ingresaron a Pediatría (49%), el resto de los neonatos a quienes no se les realizó examen físico, correspondió a un 14,3% que nacieron vivos pero fallecieron en sala de partos y en el trayecto de ésta a sala de Pediatría y el 36,7% fueron mortinatos. La realización del examen físico, se relacionó con causa de mortalidad respectivamente ($X^2 = 30,38$ y $P = 0,0000$), el 32,7% no tuvo valoración nutricional ($X^2 = 45,48$ y $P = 0,0000$)

Los diagnósticos del neonato precoz al nacimiento o al momento del ingreso del neonato a Pediatría fueron: Síndrome de Dificultad Respiratoria (41,9%), Broncoaspiración (19,3%), las cuales se asociaron con causa de mortalidad ($X^2 = 88,6$ y $P = 0,0000$)

Los casos de mortalidad perinatal precoz ocurridos en el Hospital Regional de Ipiiales, corresponden a 9 municipios de la Provincia de Obando y a Túquerres, localizados en la región denominada Altiplanicie de Túquerres e Ipiiales, la cual se caracteriza por compartir similares condiciones socioculturales y geográficas.

Estas características presentes, en cierta medida están reflejando las condiciones de vida reproductiva de los grupos humanos, tal como lo han descrito algunos estudios: (3) En el fenómeno reproductivo, intervienen, diversos factores que resultan de características, como: las condiciones generales de vida, costumbres, nivel educativo y capacidad productiva y adquisitiva; las condiciones fisiológicas o patológicas del embarazo y la calidad de los servicios de atención de salud durante el embarazo y el parto; y las condiciones socioeconómicas propias y de su entorno; de allí que la mortalidad perinatal, constituye no solo un reflejo de los factores de riesgo a que está expuesta la madre, sino también de la asistencia médica de un hospital o un área geográfica.

Según reporte de estudio realizado por Moreno(4), el mayor porcentaje de la mortalidad perinatal y materna, ocurre antes del parto y durante el parto (34,9% y 32,6%), hecho contrario, se observó en el presente estudio, el cual indica una frecuencia mayor, convirtiéndose en mortalidad neonatal precoz, sin embargo, es relevante el número de mortinatos sin el registro de la causa de muerte, su conocimiento anatomo-patológico; sería conveniente para orientar programas preventivos de salud reproductiva.

El control prenatal es parte fundamental del programa de atención materno-perinatal, por lo tanto, debe lograr el máximo de su cobertura iniciando sus acciones, preferiblemente en el primer trimestre del embarazo, ofrecer un número de controles suficientes y organizarse con base en niveles de atención centralizados en relación con los recursos disponibles, con el objeto de concentrar los mejores recursos en la población de mayor riesgo, contribuyendo así a la disminución de la tasa o frecuencia de morbimortalidad materna y perinatal de una región.

El promedio de controles de las gestantes en el presente estudio, es bajo con relación a la norma; y su inicio tardío, sin embargo, la atención fue brindada por personal profesional, subutilizando al profesional especializado y disponible, a pesar que las gestantes de este estudio, presentaron por lo menos un factor de riesgo. Estos aspectos dejan el interrogante: ¿Qué pasa con la atención en el hospital y en los organismos de salud de su área de influencia?

El enfoque de riesgo, se propone como un método eficaz para mejorar la atención de salud, especialmente en el área materno infantil, aspectos parcialmente tenidos en cuenta en este estudio, durante la atención prenatal de las madres de los casos. La atención con base en los factores identificados fue mínima, sin tener en cuenta la relación entre sí; esta situación pone de manifiesto la detección tardía de complicaciones materno-fetales y como consecuencia, la toma de una decisión inoportuna; además, el conocimiento de la distribución de los factores de riesgo en la población, facilita la toma de decisiones en dos sentidos principales(5): por un lado, permite el diseño de enfoques y técnicas para el control de los factores de riesgo presentes, y por otro lado permiten la selección de alternativas para organizar la prestación de los servicios de salud.

El esquema de educación específica, es un componente básico de la atención prenatal y sólo se brindó a la mitad de las gestantes durante los controles, cuyos contenidos generales no son congruentes con los factores de riesgo presentes; esto si se tiene en cuenta que en estudios de mortalidad perinatal(6), en los cuales se demuestra asociación entre cifras bajas de mortalidad perinatal con los cuidados prenatales, la educación es un factor determinante de la situación perinatal.

La duración de la gestación, proporciona el tiempo suficiente para que el feto se desarrolle, madure y adquiera las habilidades necesarias para realizar la transición desde un ser dependiente a un ser capaz de vivir autónomamente fuera del útero. Es así, como al desencadenar los mecanismos del trabajo de parto y parto es determinante la evaluación materno fetal que se brinda a la gestante, para elaborar el plan de atención.

La mayor proporción de gestaciones y partos en mujeres dentro de cualquier población, es considerada de bajo riesgo, sin embargo, requieren de una atención de calidad para que evolucionen sin problemas, ya que pueden aparecer complicaciones.

La atención del trabajo de parto y parto(7), ha evolucionado desde el nacimiento en casa, hasta el cambio en la selección del sitio para el nacimiento, propiciado por los avances científicos y tecnológicos que han contribuido a la reducción de la morbimortalidad materna y neonatal.

Si se tiene en cuenta que la atención del parto institucional, es una de las estrategias de salud para disminuir la morbimortalidad perinatal, en el estudio se encontró que no existe mayor diferencia en que una mujer solicite o no atención oportuna, ya que un gran número de gestantes solicitaron el servicio, pero fueron regresadas, posiblemente por falta de normatización y de infraestructura intra y extrainstitucional para la atención de la fase latente, de este grupo de gestantes, cuyo producto en ese momento tenía vida, a su regreso era ya un mortinato.

Si se consideran los objetivos de la atención del parto institucional, en el estudio se encontró que no hay continuidad en la atención dentro del proceso reproductivo al observarse que el 100% de estas gestantes presentaban algún factor de riesgo, los cuales fueron significantes con la causa de mortalidad y no fueron evaluados durante el inicio de trabajo de parto, asimilándose a estudios de estimaciones francesas, donde sugieren que hasta el 65% de las deficiencias en la atención estaban determinadas en el período perinatal y eran potencialmente evitables(8).

El nivel de atención tuvo relación con el producto del nacimiento, llevando a cuestionar la calidad de los servicios y sobre qué ventajas se ofrece a la gestante para el control del trabajo de parto institucional. Es importante que los trabajadores de la Salud Materno-Infantil, actúen contribuyendo en la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal, a través de la evaluación y control del trabajo de parto y parto por personal profesional y trabajadores de la salud, apropiadamente entrenados con tecnología adecuada de

acuerdo al lugar(9).

El proceso reproductivo es el período de la vida del niño en que su madre forma su ambiente total, por lo tanto, la atención adecuada de la gestante y del recién nacido, es la manera más importante y efectiva de prevenir su muerte. En la atención del neonato vuelve a observarse la asociación que la mortalidad materna y perinatal tiene con las características de los servicios de salud (oferta), ya que la mayoría de casos fueron atendidos en el Hospital y fueron productos de alto riesgo materno fetal y que nacieron vivos; sin embargo, una mínima parte recibió atención inmediata por el Pediatra, debido a que en el Hospital existe más disponibilidad que presencia de este recurso durante las 24 horas, que de reevaluarse e incorporarse en la atención inmediata, contribuiría en la disminución de la morbimortalidad perinatal precoz.

La promoción de la salud, las actividades de protección específica, las acciones de intervención tanto en el control prenatal, atención del trabajo de parto y parto y el tipo de atención brindada al neonato precoz no es óptima para el segundo nivel de atención que representa el Hospital Regional de Ipiales, sin embargo, se hacen necesarias medidas inmediatas de intervención, sensibilización, promoción y capacitación de quienes toman decisiones y dirigen las políticas de atención materno infantil de la regional para incidir de manera pronta en la disminución de la morbimortalidad perinatal. Se recomienda realizar estudios de evaluación en control prenatal, trabajo de parto y parto y

recién nacidos que lleven a identificar factores que afectan la atención en esta regional y su área de influencia.

REFERENCIAS

1. TOVAR DE ACOSTA, María y otros. Atención ambulatoria a la madre y recién nacido. Editorial. XYZ, Cali, 1993.
2. DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA. Hospital Regional de Ipiales. 1993.
3. OFICINA INFORMACION INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO. 1993
4. DIAZ DEL CASTILLO, Ernesto y otros. Factores Socio Culturales y Médicos que afectan la Mortalidad Perinatal en México. Revista Médica IMSS. 19 (12 Marzo, Abril) 1.981
5. MORENO, Alberto. Mortalidad perinatal y materna. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Enero a Marzo de 1990, p. 33 - 38.
6. BOTERO, Jaime y otros. Enfoque de riesgo perinatal. Obstetricia y Ginecología.
7. HEIN, Herman and BROWN, Cynthia. Neonatal mortality review a basic for improving care.pediatric. 68(4): 504, 509. 1981
8. GRANADA, María Victoria. Atención Hospitalaria a la madre y recién nacido. Editorial. XYZ, Cali, 1.994. p. 152, 161, 248.
9. GORDON B., Avery. Neonatología. Fisiopatología y Manejo del Recién Nacido. 3ª Edición. Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1.990 p. 36, 53,452