ARTICULO ORIGINAL

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA. ENERO - JUNIO DE 1995

Lucelly Benites de payares Vilma Leonor Bustos de Tejada,* Ana Dinorha Jadsyk Durango**

RESUMEN

En la Empresa Social del Estado del Hospital San Jerónimo de Montería, se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo donde se determinaron factores de riesgo que influyeron en la mortalidad perinatal, de enero a junio de 1995, aplicándose encuestas a 92 madres, cuyo producto gestacional terminó en muerte perinatal, encontrándose una tasa de 33.4 por 1.000 nacidos vivos. El mayor porcentaje (55.4%), procedía de Montería. La mayor incidencia fue en el grupo de 35 a 49 años, con una tasa de 84 por mil; en el grupo de 18 a 34 años, se presentó el mayor número de muertes (46.7%), en madres de dos o menos partes. El 36% presentó intervalo intergénético mayor a dos años, el 64.1% de las muertes ocurrieron durante el embarazo y la causa de muerte que más se presentó fue la hipoxia perinatal (26.1%). El 57.6% terminó su embarazo en parto pretérmino. El 55.4% de los partos fueron atendidos por Internos; el día viernes presentó el mayor porcentaje (25%) y de 10 a 14 horas fue la mayor frecuencia. El 49% de las madres no asistieron al control prenatal y un 52.2%, ninguna realizó la primaria incompleta.

PALABRAS CLAVES: Mortalidad, Perinatal, Factor de riesgo.

SUMARY

In the State Social Enterprise, San Jerónimo Hospital from Montería was accomplished an observational descriptive and prospective studies where Risk Factors were determined that influenced the perinatal mortality from January to June of 1995, applying surveys to 92 mothers whose gestational product ended in perinatal death, finding a Rate of 33.4 for one thousand born alive. The highest percentage (55.4%) proceeded from Montería. The greatest incidence was in the group from 35 to 49 years, with a Rate of 84 per each thousand, in the group from 18 to 34 years was presented the highest number of deaths (46.7%), in mothers of 2 or less deliveries. 36% presented intergenetic interval above two years, 64.1% of deaths occurred during the pregnancy and the cause of death that was presented more, was the perinatal asphyxia (26.1%) 57.6% ended its pregnancy before the time of delivery. 55.4% of the deliveries were assisted by students of medicine of the last year of studies (internal), the highest percentage (25%) was on every Friday and the highest frequency was from 10 to 14 hours. 49% of mothers did not attend the prenatal control and the 52.2% did not even finish primary school.

KEY WORDS: Mortality, Perinatal, Risk Factor.

INTRODUCCION

La salud perinatal se ha convertido en campo de investigación en América Latina; ello se debe a su trascendencia epidemiológica, al potencial preventivo de los problemas perinatales y a la posibilidad de incidir sobre éstos, a través de actividades de salud; por tal motivo, es importante desarrollar programas de salud materno infantil y prenatales ajustados al enfoque de riesgo y

con énfasis en la atención primaria, tendiente a reducir la mortalidad perinatal, para lo que se requiere canalizar los recursos humanos y físicos existentes antes que volcarlos a la parte curativa.

Los cuidados de la madre y el niño deben encaminarse hacia una educación adecuada y una buena calidad en el control prenatal.

Esta atención integral se convierte en un requisito previo

* Estudiantes Gerencia de la Salud Pública CES-EAFIT-UNISINU

Asesores: Gladys Ghisays, Epidemióloga, Hugo Iguarán Cotes, Especialista en Genética, Jorge Julian Osorio Gómez, MD, MSP, Rosa María Rossi Rivero, Especialista en Administración de Servicios de Salud

para el desarrollo económico, social y político del país. Dentro de las condiciones que están asociadas a la mortalidad perinatal se encuentran las siguientes características agrupadas en los servicios de salud, factores de riesgo presentes en los gestantes y/o madre y condiciones socio-económicas.

Para la reducción de la mortalidad perinatal es fundamental una adecuada alimentación materna, una oportuna consulta prenatal, una eficiente atención del parto y unos cuidados especiales para el recién nacido.⁽¹⁾

En Colombia el problema de mortalidad perinatal tiene una gran magnitud, la cual se puede apreciar en las tasas de morbi-mortalidad infantil, en donde los problemas perinatales contribuyen con un 30% de la mortalidad y un 33% de la morbilidad hospitalaria.

El peso de las causas perinatales se hace más notorio en la mortalidad neonatal precoz y la causa más importante es el bajo peso al nacer: recién nacido menor de 2500 gramos⁽²⁾.

Del total de muertes, el 20% obedecieron a causas perinatales, ocupando el primer lugar dentro de la estructura de mortalidad de la Empresa Social del Estado Hospital San Jerónimo 1993, con una tasa del 3.8% por cada 100 nacidos vivos.

Se observa un mínimo decremento entre 1985 y 1990 pasando de 41.09 a 30.25 por 1000 nacidos vivos, para luego aumentar a 38.5 en 1991 y 37.8 en 1993 por 1000 nacidos vivos y disminuir ligeramente en 1994 a 31.2 por 1000 nacidos vivos⁽³⁾.

Este dictador representa para la población de Montería 12.354.8 años de vida saludables perdidos, si se relaciona con la productividad social, genera un alto costo y un atraso en el desarrollo de los habitantes del municipio de Montería.

Las afecciones perinatales, es la segunda causa de la carga de la enfermedad en Colombia, lo cual refleja, sin lugar a dudas, problemas relacionados con la salud de la madre y con la mala calidad de la atención de los servicios de salud durante el embarazo, el parto y el período perinatal.

La inclusión de servicios gratuitos con el fin de garantizar la asistencia durante el período que transcurre entre el embarazo y el primer mes de vida del recién nacido, se ha identificado como una de las medidas costoefectivas en beneficio de la población.⁽⁴⁾

La identificación precoz de las embarazadas de alto riesgo y su remisión a centros especializados de diagnóstico y tratamiento reduciría sustancialmente la incidencia de bajo peso al nacer y consecuentemente, la carga de la enfermedad debido a las causas perinatales⁽⁵⁾.

En el mismo sentido, se ha señalado que el desarrollo de programas combinados de planificación familiar, con la consecuente disminución del número de embarazos no deseados, atención prenatal y capacitación del personal obstétrico, contribuirían en buena medida al incremento de la salud de la madre y a la disminución de la carga de la enfermedad que se debe a afecciones perinatales⁽⁶⁾. En el Departamento de Córdoba no se ha realizado

estudios sobre mortalidad perinatal, se desconocen los factores de riesgo que están incidiendo en la mortalidad perinatal.

El estudio pretendió dentro de sus objetivos, orientar acciones en la Atención Obstétrica y Perinatal y optar medidas preventivas según la identificación de los principales factores relacionados con la mortalidad perinatal, que contribuyen a disminuir la tasa de mortalidad perinatal, los años de vida saludables perdidos y aumentar la expectativa de vida de los cordobeses.

Se espera con este estudio, iniciar una serie de investigaciones en este campo, que aporten elementos necesarios a la solución de esta problemática de salud en el área respectiva.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de los casos ocurridos de mortalidad perinatal en la Empresa Social del Estado Hospital San Jerónimo de Montería, de enero a junio de 1995.

UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: Todos los productos de partos, que ocurrieron en la Empresa Social del Estado Hospital San Jerónimo de Montería.

Muestra: Se tomaron todos los casos de mortalidad perinatal ocurridos en la Empresa Social del Estado Hospital San Jerónimo de Montería, en el período comprendido de enero-junio 1995.

SELECCION DE LA MUESTRA

Producto gestacional cuyo nacimiento ocurrió de las 28 semanas de gestación en adelante, vivo o muerto, y la condición de vivo o muerto hacia el 7o. día de vida extrauterina, en el período de estudio.

METODOS E INSTRUMENTOS

Para la recolección de datos se utilizaron las fuentes de información directas a través de:

- Historias clínicas y la entrevista con la madre del caso o familiares.

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron:

- El certificado de muerte perinatal, en el cual se consignaron los datos de la historia clínica.

- La aplicación de una encuesta a las madres de la muestra de la población de estudio, a las cuales se les indagó sobre las diferentes variables de interés para la investigación.

Para el análisis individual de los casos se utilizó la metodología del por qué por qué y el cómo cómo, en donde

través del método deductivo, a partir de un problema se intentó definir sus causas, efectos y soluciones con todos los limitantes que genera un proceso de autocuestionamiento y que producirían sino es bien manejado y no se cuenta con todo el respaldo institucional, enfrentamientos entre los participantes y rechazo a la continuidad del mismo, es satisfactorio enumerar los logros alcanzados con la aplicación de esta metodología traducidos en:

- Disminución del subregistro de muertes perinatales.
- Sensibilización ante la problemática de la M.P.N. por todo el recurso humano que labora en la Institución.
- Aumento de la participación del equipo interdisciplinario para el análisis de casos.
- Modificación positiva de la actitud de los Ginecoobstétricas, ante la revisión de las posibles causas relacionadas con la ocurrencia de la M.P.N.
- Compromiso del departamento de patología en la realización de estudios histopatológicos, en los casos de muertes perinatales con diagnóstico sin definir.
- Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica.
- Capacitación al recurso médico.

Lo anterior está permitiendo el conocimiento de la magnitud real del problema, la consolidación de un grupo interesado en llevar a cabo un proceso consecuente de reflexión, permitiendo entender las causas del mismo y sus posibles intervenciones.

CRITERIO DE SELECCION DE VARIABLES.

Como criterio para la selección de variables, se tomó en cuenta a aquellas que por revisión teórica de la situación de la mortalidad perinatal en el mundo, latinoamérica y Colombia, se le atribuyen mayor pertinencia, entre ellas, factores biológicos, sociales, económicos, culturales y de atención médica de parto intra y extrainstitucionalmente.

METODO DE ANALISIS

Se emplearon los estimativos propios de los estudios descriptivos, utilizando para ello, tasas, razones y relaciones porcentuales básicamente, para poder establecer la medición de la mortalidad perinatal y algunos factores de riesgo.

La información fue recopilada mediante una encuesta previamente diseñada que recopilaba datos relacionados con las condiciones concomitantes de la M.P.N. y la relación de ésta con aspectos biológicos, socioeconómicos y culturales de la población objeto de estudio.

Los datos se procesaron mediante el uso del paquete estadístico EPI-INFO en una computadora 386 - 2.5 MK² un Mega RAM, un disco duro, monitor VGA monocromático, ubicada en la Empresa Social del Estado Hospital San Jerónimo de Montería.

ESTADISTICAS UTILIZADAS

- Obtención de tasas: Se obtuvieron tasas de la mortalidad perinatal, mortalidad fetas tardía y mortalidad neonatal

precoz, mediante la utilización de las formulas establecidas para tales efectos así:

Tasa de mortalidad perinatal:

Total de defunciones fetales tardías + Total de defunciones neonatales precoces

$$\frac{\text{Total de defunciones fetales tardías + Total de defunciones neonatales precoces}}{\text{Total de nacimientos vivos y muertos desde las 28 semanas de edad gestacional hasta antes del 7o. día de nacido.}} \times 1.000$$

Tasa de mortalidad fetal tardía:

Total de defunciones fetales tardías

$$\frac{\text{Total de defunciones fetales tardías}}{\text{Total de nacimientos (vivos o muertos)}} \times 1.000$$

Tasa de mortalidad neonatal precoz:

Total de defunciones en los primeros 7 días

$$\frac{\text{Total de defunciones en los primeros 7 días}}{\text{Total de recién nacidos vivos a los 7 días}} \times 1.000$$

- Obtención de proporciones: se tabularon frecuencias absolutas y relativas para cada variable, estableciendo así las relaciones porcentuales para una o más de dos variables.

Se utilizaron indicadores absolutos y relativos; de los absolutos se utilizó el número de M.P.N. , ocurridos de enero a junio de 1995

Indicadores relativos: se utilizaron proporciones, razones, porcentajes, tasas, medidas de tendencia central, riesgo relativo, como una aproximación a la relación existente entre antecedentes maternos y eventos conocidos como riesgo para la ocurrencia de la M.P.N.

RESULTADOS

En la presente investigación se encontró que en el período de estudio ocurrieron 92 muertes perinatales, de los cuales la muerte fetal tardía contribuyó en un 65.2% y la neonatal precoz en un 34.8%. De las muertes perinatales el mayor porcentaje (55.4%) procedían del municipio de Montería y de este el barrio Cantacclaro presentó la mayor frecuencia de casos ocurridos.

La mayor frecuencia de muertes perinatales según el grupo de edad, se produjeron en el de 18-34 años.

Al relacionar las variables paridad con edad materna, se encontró una alta dependencia entre dichas variables. Igual resultado se encontró al relacionar las variables intervalo de tres años o más.

Clasificado como pretérmino el embarazo que finaliza entre las 28-36 semanas gestacional; a término entre las 37-41 semanas y postérmino de 42 y más semanas de gestación; se encontró que en la primera categoría fue donde ocurrieron más M.P.N. (57.6%)

Existe una relación altamente significativa entre las variables ocurrencias de la muerte (embarazo, parto, puerperio) y causas de muertes perinatales, mostrando la mayor frecuencia, la hipoxia perinatal en los estados de embarazo y puerperio, al igual que muerte intrauterina en el embarazo.

Al relacionar las causas de mortalidad perinatal con antecedentes maternos, se encontró que dichas causas, no tenían ninguna relación con la hipertensión y la preclampsia, pero sí estaban relacionadas con la eclampsia y la hemorragia. Es importante señalar que la hipoxia perinatal y la muerte intrauterina fueron las causas más frecuentes.

De los 92 M.P.N. estudiados, el 55.4% de los partos fueron atendidos por médicos Internos, el 33.7% fueron atendidos por ginecoobstetras, un 5.4% fueron atendidos por médico general y el 5.4% restante fue el producto de partos atendidos en la casa por familiares o parteras; al relacionar esta variable con paridad, se encontró que el mayor número de muertes ocurrieron en la pacientes de bajo riesgo y asistidas por médico interno.

Al relacionar el peso del niño al nacer y asistencia del parto se encontró que no existía ninguna relación significativa según la prueba de chi-cuadrado.

También se determinó que el mayor porcentaje de M.P.N. correspondió a los niños con peso promedio de 2500 gramos.

Se observó que el 55.4% de casos ocurrieron en el sexo masculino y el 44.6% en el sexo femenino, lo cual es consistente con el hecho de que el sexo se comporta como un factor de riesgo para la M.P.N.

En relación a los días de la semana y la hora de ocurrencia de la muerte se observó que de viernes a domingo se da el 50% de los casos; en cuanto a las horas la mayor frecuencia se mostró entre las 10-14 horas. El tipo de parto que se presentó con mayor frecuencia fue el parto vaginal con el 64.1%.

La escolaridad de la madre está relacionada con el número de embarazos y el control prenatal.

Se observó que el 51.0% respondieron haber asistido a dicho control durante el período gestacional y al relacionarlo con la escolaridad tiene una alta significancia.

La aceptación del embarazo tiene una alta dependencia con relación estable de la pareja.

DISCUSION

Con base en el análisis de la información obtenida, se identificó para la Empresa Social del Estado Hospital San Jerónimo de Montería en el período de estudio, una tasa de mortalidad perinatal de 33.4 por 1.000 nacidos vivos, cifra preocupante, ya que puede reflejar inadecuada prestación del servicio por el equipo de salud, o insuficiencia para atender la demanda.

Teniendo en cuenta la distribución de la carga de la enfermedad en Colombia por causas, se advierte que las causas perinatales contribuyen con el 41% en el

sexo masculino y el 33% en el sexo femenino de la carga total de la enfermedad⁽¹⁾.

Al analizar el comportamiento de la mortalidad general hospitalaria en la Empresa Social del Estado Hospital San Jerónimo de Montería en 1993, se encontró que la M.P.N. ocupó el primer lugar, representando el 20% del total de las causas.

La M.P.N. registró un mínimo decremento entre 1985 y 1990, pasando de una tasa de 41.09% a 30.25 por 1.000 nacidos vivos, para luego aumentar a 38.5 en 1991 y 37.8 x 1.000 nacidos vivos en 1993 y luego descender ligeramente a 31.2 por 1.000 nacidos vivos en 1994.

Estos datos son originados por el sistema ordinario de registro y no del producto de un sistema de vigilancia epidemiológica que demostrara la real magnitud del problema, como se observó en el estudio en donde la tasa similar a la que se venía registrando por año corresponde en 1995 sólo al primer semestre.

Diversos estudios han determinado que las muertes perinatales, se deben en mayor parte a causas prevenibles, con adecuado control prenatal, que redunde en buena educación sanitaria.

El hecho de que en la investigación se encontró una mayor mortalidad fetal tardía, puede estar indicando que existen fallas a nivel preventivo, por no asegurarse control de calidad al grupo materno-fetal durante el embarazo.

El mayor número de M.P.N. tuvieron como lugar de procedencia, el municipio de Montería y de éste el barrio que mayor frecuencia presentó fue Cantaclaro, que es una zona subnormal donde existen cordones de miseria, que explican la relación entre la baja calidad de vida de sus habitantes y el riesgo para la ocurrencia de M.P.N. Entre las muertes registradas en el período de estudio, el 81.5% corresponden a las edades de 18-34, seguidas del 14.1% de muertes ocurridas entre 35-49 años; llama la atención que desde los 12 años se registran cuatro muertes perinatales que correspondieron al 4.3% es comprensible que estas muertes se hayan encontrado en mayor proporción en el grupo de 18-34 años, porque es la edad óptima para la reproducción y el rango más amplio de los intervalos construidos, encontrándose en éste el mayor número de partos.

Al relacionar el número de muertes en cada grupo de edad, con los partos atendidos en ese mismo grupo, se obtuvo una proporción de incidencia de M.P.N. mayor en el grupo en donde la madre tenía entre 35-49 años (84 por 1.000)

Confirmándose así los resultados de otros estudios en donde el mayor número de M.P.N. ocurrieron en los extremos de la edad reproductiva, resultando en este estudio el mayor riesgo, en el extremo final de la vida reproductiva.

Cuando relacionamos la variable con edad materna que muestran una alta dependencia, puede notarse que el mayor número de M.P.N. se da en el grupo de 18-34 años en madres de dos o menos partos; así mismo se determinó que en el grupo de 12-17 años las M.P.N. solo se presentaron en los partos de bajo riesgo, lo cual

se explica en la baja ocurrencia de tener más de dos partos en este grupo de edad.

Aproximadamente en el 36% de los M.P.N. estudiadas, el intervalo intergenésico era igual o mayor a tres años, en el 33.7% el intervalo fue de uno a dos años, en el 28.2% las madres eran primigestantes, en el 2.2% fue menor de un año.

Al relacionar estos resultados con los grupos de edad establecidos, persiste el grupo de 35 a 49 años, con la mayor proporción de muertes clasificadas en uno de los intervalos extremos (3 o más años), considerados como mayor riesgo, ya que de las 13 muertes registradas en este grupo de edad 12 (92.3%), correspondían a este intervalo. Es también consistente el hecho de que tres de las cuatro muertes ocurridas en el grupo de 12-17 años fueron primigestantes.

El mayor porcentaje de las M.P.N. ocurrieron durante el embarazo, seguidas de las muertes ocurridas en el puerperio y un mínimo porcentaje ocurrieron durante el parto; valdría la pena revisar si estas pacientes tuvieron contacto con el sistema de salud y determinar la calidad de este control, ya que su objetivo es la identificación oportuna de los factores de riesgo que garanticen la optimización del producto. Por lo anterior se sugieren otros estudios sobre este tema.

La causa de M.P.N. que más se presentó, fue la hipoxia perinatal en embarazo y puerperio, seguida de la muerte intrauterina en embarazo, las cuales se presentan por la ocurrencia de alguna patología presente en el período gestacional.

Posiblemente a estas pacientes no se les realizó una clasificación oportuna para la atención programada de su parto o cirugía electiva.

De igual manera se observó que el 57.6% de la terminación del embarazo, fue en parto pretérmino y en parto término, el 36%. Lo anterior podría sugerir que existe una mayor probabilidad de morir, los fetos que no alcanzan el período gestacional óptimo y que pueda existir relación de ésta variable con la ocurrencia de la M.P.N. Al analizar la M.P.N. según las manifestaciones clínicas concomitantes con el embarazo, se observa que el mayor porcentaje de los casos, no presentaron dichas manifestaciones, a pesar de que se conoce que estas patologías inciden en la ocurrencia de la M.P.N.

En el presente estudio se encontró un porcentaje significativo de historias sin dato de ocurrencia de estas manifestaciones clínicas, lo que refleja la existencia del subregistro.

El antecedente materno que mayor porcentaje representó fue la hipertensión arterial, seguido de la preclampsia y la hemorragia.

Al relacionar los antecedentes maternos con las causas de M.P.N. se encontró que en la hipertensión arterial relacionada con la hipoxia perinatal, la asociación fue débil (R.R. = 1.5).

Analizando la hipertensión materna con la muerte intrauterina, no se encontró asociación (R.R. = 0.6), lo cual nos muestra que en el presente estudio ésta

causa no se comportó como un factor de riesgo para la muerte intrauterina.

Al relacionar la hemorragia con hipoxia perinatal y muerte intrauterina, tampoco se encontró asociación (R.R. = 1 y R.R. = 0.3). Se encontró que en las madres con eclampsia, se presentaron 1.4 veces más hipoxia perinatal, que en aquellas que no presentaron esa patología (R.R. = 1.4), mientras que no se encontró ninguna relación entre la eclampsia y muerte intrauterina.

Analizando la preclampsia con relación a la hipoxia perinatal se encontró asociación débil (R.R. = 1) y con relación a la muerte intrauterina no se encontró asociación (R.R. = 0.8).

De las 92 M.P.N. estudiadas, el 15.7% de los partos (51), fueron clasificados como de alto riesgo y de las 31 M.P.N. cuyos partos fueron atendidos por Ginecoobstetras, correspondieron a una clasificación de alto riesgo, el 19.4%. El análisis se basa en el hecho de que a nivel institucional, está establecido que los partos sean atendidos por Internos, (estudiantes de medicina del último año) sin la supervisión de un médico de planta, residente o especialista, es por eso explicable que el 55.4% de los partos hayan sido atendidos por Internos, personal con limitaciones en el discernimiento de situaciones de alto o bajo riesgo, en razón a su escasa experiencia laboral, uno de los factores que contribuye a que esta situación se dé, es la escasez de recurso humano calificado para cubrir turnos durante las 24 horas.

La proporción de M.P.N. en relación al total de partos atendidos por Internos (2.068) 2.4% fue menor que la encontrada en los Ginecoobstetras (4.5%), esto es consistente con el hecho de que la mayor proporción de partos que atienden este recurso (90%), es clasificado como alto riesgo. No fue posible realizar el análisis de esta variable entre los Médicos Generales, porque no se discrimina en el registro institucional como tal. La proporción en cuanto a los partos clasificados de bajo riesgo es mayor para el grupo de Internos (56.8%) que para el de Ginecoobstetras (41.9%), evidenciando la necesidad de una asesoría continua y una supervisión directa al grupo de Internos que aunque son estudiantes, se les ha delegado esa responsabilidad.

La mayor frecuencia de M.P.N. se observó el día viernes, con un 25% de todos los M.P.N. estudiadas; comparando las muertes que ocurrieron durante el fin de semana (viernes, sábado y domingo), con el resto de los días, se observa que en sólo estos tres días ocurrió el 50% de ellas.

En cuanto a las horas de ocurrencia del parto, se observó que la mayor frecuencia de estos ocurrieron entre las 10 y 14 horas en todos los días de la semana, a excepción del viernes, que ocurrieron entre las 20 y 24 horas (8 a 12 pm) y el domingo desde las 15 horas (03:00 pm).

Llama la atención que estos sucesos sean más frecuentes en horas de días hábiles, en que toda la capacidad operativa de la Institución es mayor y probablemente la demanda también; no obstante se ha observado que estas horas parecen coincidir con la consulta médica particular

de la mayoría de los especialistas, afectando al hospital, al disminuirse este recurso en las horas mencionadas.

Por ello, al presentarse situaciones críticas, que deben resolverse de inmediato por el especialista, es el Médico Interno quien las debe enfrentar hasta su llegada, lo que puede estar favoreciendo desenlaces fatales en situaciones no clasificadas como de mayor riesgo.

Se encontró que el 49% de las madres en las cuales ocurrieron M.P.N. no asistieron a control prenatal, lo cual llama la atención si tenemos en cuenta que el 70% de la población del municipio de Montería, es urbana y en ésta existen 26 organismos de salud del primer nivel, en los cuales se ofrece este programa.

Se obtuvo un riesgo relativo de dos, lo cual nos corrobora la importancia que tiene el control prenatal en la ocurrencia de la M.P.N. ya que las madres que asistieron al control, tuvieron dos veces el riesgo de M.P.N. con relación a las madres que asistieron al mismo (R.R. =; P 0.0005).

Al analizar el nivel de escolaridad de la madre se encontró que el 21.8% no tuvo ningún grado de escolaridad, el 52.2%, niquiera realizó la primaria incompleta, porcentaje elevado, dado los esfuerzos del gobierno nacional por mejorar este indicador de calidad de vida mediante los programas de alfabetización.

El 15.2% tuvo la oportunidad de iniciar la educación secundaria y sólo el 3.2% culminó estos estudios.

Diversos estudios realizados a nivel nacional, Ministerio de Salud y DANE han revelado la importancia que ésta condición tiene sobre la mortalidad perinatal, siendo ésta mayor cuando el nivel de instrucción de la madre es menor.

A diferencia de lo anterior, en el presente estudio se encontró que el 26.1% de las madres que no alcanzaron niquiera la primaria incompleta, tuvieron entre cero y dos embarazos y de este grupo solamente el 10.7% tuvieron más de seis embarazos.

Se encontró que el 83.7% de las madres sostenían relaciones estables con su pareja y de estas el 80.4% tuvieron embarazo deseado, lo cual demuestra la importancia de una relación estable en la aceptación del embarazo, pudiendo esto influir en la estabilidad emocional de la futura madre.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos en la investigación se puede concluir que la M.P.N. en la Empresa Social del Estado del Hospital San Jerónimo de Montería se ha venido comportando desde 1985, con una ligera tendencia hacia la disminución pasando de una tasa de 41.09 en 1985, a 31.2 por mil nacidos vivos en 1994 y 33.4 en los primeros seis meses de 1995, en cual se elevó significativamente, si tenemos cuenta que la M.P.N. se constituye en índice importante de la calidad de vida de los países a nivel mundial.

El sexo no se comportó como un factor de riesgo para la ocurrencia de M.P.N.

Con relación a la influencia de la edad materna en los

niveles de la M.P.N. se ha demostrado en otros estudios que ésta es mayor en la edades extremas del periodo reproductivo, siendo para éste estudio, el extremo final (35 a 49 años)

Llama la atención que, no se encontró relación entre paridad y M.P.N. pues el mayor número de muertes se presentó en madres de dos o menos partos.

Igualmente se puede determinar que en el intervalo intergenético, ésta variable no guardó relación directa con la M.P.N.

Se observó la influencia que tiene la no asistencia al control prenatal con la ocurrencia de M.P.N. Llama la atención que siendo el mayor porcentaje procedente de Montería, en donde el 70% de la población es urbana y en la cual se ofrece en los diferentes organismos de salud el programa de control prenatal, no acceden a este servicio.

Se puede concluir que éste factor es fundamental para disminuir el evento en ese estudio y que valdría la pena mediante otras investigaciones, conocer los motivos de la insistencia al mismo.

Con relación al nivel de escolaridad se pudo demostrar la importancia que ésta condición tiene sobre la M.P.N. siendo ésta mayor, cuando el nivel de instrucción de la madre es menor.

RECOMENDACIONES

Con base en los resultados obtenidos en el estudio de mortalidad perinatal, el grupo investigador plante las siguientes recomendaciones, teniendo en cuenta las cuatro áreas de trabajo como son: Administrativa, Asistencial, Docente e Investigativa.

Area Administrativa:

Fortalecer el departamento de ginecoobstetricia, garantizando el recurso humano especializado, profesional y operativo 24 horas al día, discriminado de la siguiente manera:

- Un médico ginecoobstetra de turno 24 horas presenciales.

- Dos enfermeras, una para la atención de alto riesgo y alojamiento conjunto (puerperio) y otra en la atención de trabajo de parto y atención inmediata al recién nacido.

- Seis estudiantes del último año de medicina distribuidos en las diferentes salas de la unidad así: adlto riesgo, alojamiento conjunto, trabajo de parto, parto, legrado y quirúrgica (post-cesareada)

- Ejecutar el proyecto del quirófano de ginecoobstetricia en la unidad de maternidad, para la atención oportuna de las urgencias obstétricas.

Area Asistencial:

- Para unificar criterios de manejos, brindar una atención eficiente, un tratamiento oportuno y disminuir costos, es importante que se establezcan protocolos de manejos obstetricos.

- Fortalecer el sistema de Vigilancia Epidemiológica.

- Mejorar los registros clínicos para la toma oportuna de las decisiones y a la vez la vigilancia epidemiológica,

complementando la historia clínica con las gráficas del partograma, ya que este sirve como un sistema temprano de alarma, que permite tomar medidas cuando se detecta progreso anormal del trabajo de parto y previene el trabajo de parto prolongado, con lo que se podría reducir significativamente el riesgo de hemorragia post-parto, sepsis, eliminar el parto obstruido y ruptura uterina y sus secuelas y por ende la muerte fetal.

- Implementar el uso de historias clínicas perinatales simplificadas.

Area Docente.

- Establecer programas de educación continuada al personal médico y de enfermería.

- Establecer convenios docente-asistenciales con políticas claras, para así alcanzar el desarrollo tecnológico y científico de la Institución establecidos en su misión y visión.

Area Investigativa:

- Establecer las líneas de investigación en la Institución en las diferentes áreas.

- Fortalecer las unidades de análisis de muerte materna y perinatal.

- Fortalecer la Vigilancia Epidemiológica.

BIBLIOGRAFIA.

1. Castañeda Roncancio Sonia, Monsalve Rios Luz Elena, Cuevas Marín Rodrigo. Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud. División de Salud Reproductiva, 1992.
2. Hernández Zapata Augusto. Mortalidad perinatal y bajo peso al nacer. Epidemiología y situación actual. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. 1990.
3. Bertocci Narvacz Neila; Díaz H. Nilson Rossi Rivera Rosa María. Comportamiento de mortalidad perinatal en el Hospital Departamental San Jerónimo de Montería. 1993.
4. Banco Mundial. 1993
5. Ministerio de Salud. La carga de la enfermedad en Colombia. 1994.
6. Walsh y Colaboradores. 1993
7. OMS. División de Salud de la Familia. Guía para el estudio de la mortalidad materna en los países desarrollados. Ginebra, 1987.
8. OPS/OMS. Estrategias para la prevención de la mortalidad materna en las Américas. Agosto 1989. Fascículo IV.
9. Krer Saúl y Moreno Carlos. Mortalidad perinatal institucional en los recién nacidos con bajo peso. Revista Obstétrica y Ginecológica: Caracas, 1985.
10. OMS/OPS. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Definición y tecnología aplicada al período perinatal. 1985.
11. Servicio General de Salud antioquia. Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal. enero 1993.
12. Behn, Hugo. Perfil Humano. Enfoque en atención primaria. Santiago de Chile, enero 1988.
13. Ramírez Gómez Humberto. Situación en salud del niño colombiano y latinoamericano. Fundamentos de pediatría. Generalidades y neonatología. Tomo I. Medellín. 1994.
14. Ministerio de Salud. Estrategias de intervención de la mortalidad materna evitable en Colombia. Informe taller de expertos celebrado en Rionegro, Antioquia del 20-22 de octubre, 1991.
15. Jubiz Hazbum Alfonso, Quiroz A. Héctor Manuel. Cuervo Tafur Fabiola. Protocolos de atención materna y perinatal con enfoque de riesgo. Medellín, 1994.
16. Granada Patiño, María Victoria y Colaboradores. Atención hospitalaria a la madre y al recién nacido. Facultad de Salud- Escuela de Enfermería, Cali, Colombia 1994.
17. Diaz Herazo Nilson, Jefe de Información Hospital Departamental San Jerónimo de Montería.