

# MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL PRESENTADA EN EL MUNICIPIO de Ansermanuevo (Valle del Cauca) Año 2000-2001

Sandra del C. Puello Polo.  
Enfermera Jefe del Hospital Santa Ana de los Caballeros  
Municipio de Ansermanuevo (Valle del Cauca).

Especialización en Epidemiología,  
Fundación Universitaria del Área Andina

## Resumen

*El incremento de la tasa de mortalidad perinatal y neonatal en el municipio de Ansermanuevo en los últimos cinco años es del 30%, especialmente en 2.000 y 2.0001 con 9 y 20 casos respectivamente, para un incremento de la tasa de mortalidad en un 4.4%.*

*Se diseñó un estudio de casos y controles, donde las fuentes fueron el Hospital Santa Ana de los Caballeros; los casos poblacionales se tomaron de los certificados de defunción de la Notaría.*

*En el análisis de dichas variables se identificaron factores protectores y de riesgo, los cuales llevaron a concluir que un caso de mortalidad perinatal o neonatal se presentaría en una gestante con de menos de 1,54 cm de talla, antecedente de hipertensión, ninguna escolaridad, embarazos múltiples, antecedentes de mortinatos, ingesta de alcohol, embarazo no deseado, sin asistencia a control prenatal, desconocimiento de las señales de alarma, sin orientación adecuada en el control prenatal, ni apoyo económico, emocional y laboral por parte de la pareja y recién nacido con un peso inferior de 2500 grms y que aspire meconio.*

### Palabras Clave

*Mortalidad Perinatal y Neonatal y Características del Control Prenatal.*

## Introducción

El término mortalidad perinatal se usó en las décadas del 40 y 50; en la década del 60 se presentaron varios estudios de mortalidad perinatal (Kaern 1960 y Rantakallo 1969). Hacia 1970 la tasa de mortalidad perinatal había reemplazado denominaciones como mortinatos o mortalidad neonatal e infantil como un indicador de riesgo en salud.

En 1977 la Organización Mundial de la Salud solicitó tener presente la tasa de mortalidad perinatal y neonatal, como parte de los indicadores de la salud general de las comunidades. (CEMIYA, 1999) (Beitia 1.998)

Aunque se ha tratado de establecer la magnitud de la mortalidad perinatal y neonatal en Colombia, se han presentado dificultades tales como: la falta de datos completos, oportunos y confiables, deficiente identificación de las muertes, imprecisión de la información en los certificados de defunción, y el subregistro de los partos no institucionales (Minsalud, 1997). Pese a ello en Colombia se estima una tasa de mortalidad Perinatal del 28.5 por 1000 nacidos vivos.

En el Valle del Cauca durante el año 2000 y hasta Febrero de 2001, fueron reportadas 620 muertes perinatales distribuidas así:

- Perinatal: -501-, son aquellas que ocurren entre las 28 semanas de gestación hasta instantes antes de nacer.
- Neonatal: -11-muertes que ocurren desde el momento del nacimiento

hasta los siete primeros días.

- Posneonatal: -108- muertes que ocurren después de los 28 días de nacido hasta los 11 meses y 29 días.

Este trabajo pretende contribuir a la reducción de la mortalidad fetal y neonatal en el municipio de Ansermanuevo, mediante información a los planificadores de salud y los responsables de la toma de decisiones, para reorientar políticas y desarrollo de aptitudes personales.

## Materiales y Métodos

**Definición Del Tipo De Estudio:** Estudio de Casos y Controles.

**Caso:** 28 semanas de gestación y hasta el momento del parto con un peso superior a 1000 gramos, y los nacidos vivos que fallecen antes de 28 días.

**Controles:** Todos los nacidos vivos en el municipio de Ansermanuevo durante los años 2.000 y 2.001, vecindario de donde es originario el caso y que sobrevive a la etapa neonatal siendo menor de un año.

**Diseño de la muestra:** Para el cálculo del tamaño de la muestra se definieron 29 casos con 4 controles por cada uno, o sea 116 controles. Para riesgos 3.5 una prevalencia en control prenatal de 70%, con un poder de 70% y confianza del 95%.

### Técnica de Selección de Casos y Controles

El 80% de los casos fue institucional, reportado por el Hospital Santa Ana de los Caballeros a través de las fichas de notificación para la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal; el

20% restante fue de casos poblacionales cuya información se recopiló a través de historias clínicas, encuestas y entrevistas a los casos, que fueron notificados por promotoras y líderes de la comunidad.

Los controles se manejaron con el criterio de controles poblacionales (2 por cada caso) y hospitalarios (2 por cada caso), buscando equilibrio entre las ventajas del hospitalario (presentan similitudes de procedencia, atendidos o remitidos por la institución, facilidad de recolección de información en tiempo y costos y en condiciones medioambientales similares a las que se encuentran los casos) con las dificultades de la dispersión geográfica en la población en los controles poblacionales.

### Técnicas de Recolección de la Información

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Fichas de notificación de mortalidad perinatal y neonatal.
- Ficha de visita domiciliaria para mortalidad perinatal y neonatal.
- Lista de chequeo sobre requisitos mínimos esenciales en la atención de las gestantes. (Ministerio de Salud de Colombia)
- Encuesta de evaluación sobre el control prenatal CPN, aplicada a las gestantes.
- Aplicación del instrumento para mejoramiento continuo de la atención prenatal.

### Procesamiento de la Información

Se creó una base de datos y se comparó la información relacionada con las variables para consignar las inconsistencias. Una vez realizado el análisis univariado y bivariado, las variables seleccionadas fueron categorizadas para analizarse con Regresión Logística.

Variables	Casos No. 29	Controles No.116	Valor P	OR	Riesgo Atribuible	I.C 95%
<b>INGRESOS</b>						
Menos de 1 salario mínimo	26	40	0.00000029	13.33	92.5%	74.8 – 98.1
<b>ESCOLARIDAD</b>						
Analfabeta	6	7	0.023	4.06	69.6%	25.5 – 88.1
<b>RELACIÓN CON EL COMPAÑERO</b>						
No apoyo económico	17	93	0.01527265	2.85	87.1%	75.8 – 93.3
No apoyo emocional	2	68	0.00000062	19.13	60.3%	36.8 – 75.2
No apoyo labores	29	70	0.00004	2.6	95%	61.8 – 99.3
<b>ANTECEDENTES OBSTERICOS</b>						
Anteced. de nacidos muertos	5	2	0.0036	11.88	91.7%	63.8 – 98.6
Antecedente de mortinatos	5	3	0.0084	7.85	87.5%	56.5 – 97.0
Antecedente de embarazo múltiple	3	1	0.0388	13.3	92.5%	24.6 – 99.2
Hipertensión	16	27	0.00076896	4.06	51.9%	3.0 – 76.4

Variables	Casos No. 29	Controles No.116	Valor P	OR	Riesgo Atribuible	I.C 95%
<b>CONDUCTAS DE RIESGO</b>						
Tabaco	7	5	0.000552	7.1	85.8	51.3 – 95.9
Alcohol	8	5	0.0006	8.46	76.2%	33.4 – 92.1
Sustancias Sicoactivas	5	1	0.0015144	22.50	96.2%	73.6 – 99.8
<b>ACEPTACION DEL EMBARAZO</b>						
No aceptación del embarazo	10	11	0.0018	5.02	90.5%	81.2 – 95.3
No asistencia al control prenatal CPN	9	9	0.0021	5.35	91.6%	82.9 – 96
<b>PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA</b>						
Inadecuado acceso al CPN	29	96	0.0153420	2.74	24.3%	-26.8 – 54.9
Inadecuado horarios de atención	12	23	0.01527265	2.85	31.0%	-26.0 – 62.4
Inadecuada Orientación	25	57	0.0003158	6.47	93.0%	79.9 – 97.8
Amabilidad	28	85	0.00686428	10.21	98.8%	92.2 – 99.9
<b>EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION</b>						
Inadecuado CPN	6	40	0.00698079	3.08	67.5%	37.2 – 83.5
Desconocer las señales de alarma	21	25	0.0000001	9.55	76.9%	62.1 – 86.1
Desconocer a donde ir en complicaciones	22	52	0.00278724	3.87	65.6%	42.9 – 79.4
No vacunación	3	19	0.7589262	32.33	96.9%	89.9 – 99.2
No formulación Hierro	25	62	0.0012783	5.44	53.7%	23.9 – 72
Inadecuada evaluación de la atención del parto	20	15	0.00000000	14.96	80.2%	67.3 – 88.1
<b>PESO FETAL</b>						
Menos de 2500 gram.	14	8	0.0000009	12.6	46.7%	-33.5 – 79.2
<b>EDAD GESTACIONAL</b>						
Menos de 28 semanas	9	1	0.0000022	47.86	95.5%	68.5 – 99.8
Aspiración de meconio	28	27	0.000053	50.86	92.9%	48.6 – 99.6
<b>RESUMEN DE RESULTADOS</b>						
VARIABLES	MEDIA CASOS	MEDIA DE CONTROLES	KRUSWALLIS	VALOR DE P		
TALLA	153	158	10.172	0.0014		
TRIMESTRE DE INICIO DEL CPN	1.24	1.64	3.767	0.052261		

Probabilidad de muerte neonatal es de 98%.

Hipertensión la variable de mayor riesgo atribuible poblacional.

Una gestante con poca o ninguna escolaridad, con antecedentes de hipertensión y aspiración de meconio durante el trabajo de parto, tiene un

riesgo del 98% de presentar mortalidad perinatal o neonatal.

## Discusión de Resultados

**Sesgo de Selección:** Improbable que se presentara ya que se recopiló información de los niveles de referencia y de la población.

**Sesgo de Mala Clasificación:** Es improbable que se presentara ya que los controles pasaron la etapa neonatal.

**Sesgo de Memoria:** Improbable su presentación ya que hubo consistencia en la información recolectada con la revisión de las historias.

**Conductas de Riesgo Tabaco, Alcohol y Drogas psicoactivas:** tanto el alcohol como el tabaco son consumidos en ambos grupos y sin diferencias significativas; el consumo de drogas psicoactivas en una alta proporción fueron casos.

**Percepción De La Atención Recibida En El Control Prenatal:** inadecuado acceso, horarios, orientación, trato por el personal de Enfermería y amabilidad del recurso humano.

Se estableció que tanto en el grupo caso como control la evaluación del acceso y horario al control prenatal fue en una alta proporción negativa, ya que consideran que para la prestación del servicio la institución exige una serie de trámites algunas veces imposibles de cumplir, como el requerimiento de documentos de identidad donde un alto número ni siquiera está registrada. Otro aspecto significativo en la variable acceso fue la parte económica, porque la institución exigió pago, además de largas y tempranas filas.

Consideran además que la calidad de la orientación, educación e información que brinda el personal médico es entre regular y mala ya que ellas no saben interpretar el lenguaje que se utiliza.

Otro aspecto importante de resaltar es la actitud de incomodidad del acto médico, porque les da pena preguntar o cuestionar el manejo del profesional.

Con el servicio de enfermería se encontró que esta relación genera más confianza pero podría mejorar, ya que a veces se sienten recriminadas. Pese a todo lo anterior las mujeres fueron unánimes en afirmar que el servicio de salud es la autoridad en el cuidado de ella.

## Evaluación de la Calidad de la Atención

**No Conocer las Señales de Alarma y Desconocer Donde Ir en Complicaciones:** El hecho de no conocer las señales de alarma y desconocer a dónde acudir es un factor de riesgo, ya que se pudo comprobar en el grupo caso, como una vez se presentaron las señales de alarma se interpretaron como procesos pasajeros o de baja complejidad; necesitaron de resultados graves para que fueran reconocidos como de riesgo.

**Inadecuada Evaluación de La Calidad de la Atención del Parto:** Es importante resaltar que un número significativo de las muertes investigadas se presentó en los servicios de salud (nivel I y II) durante el trabajo de parto y parto. Lo que hace evidente la existencia de factores de riesgo dentro de los servicios de salud, cobran-

do especial interés la ausencia de directrices claras en el ejercicio del acto médico, arriesgando el manejo del binomio madre hijo a los criterios particulares de los médicos que en su mayoría están cumpliendo con el año social obligatorio. La evaluación insatisfactoria de esta variable estuvo siempre presente en el grupo caso.

**Escolaridad:** Altamente significativa en este estudio, donde se pudo establecer una relación directa entre el ser caso y tener poca o ninguna escolaridad, ya que ayudaba a que la gestante se alejara más de los servicios de salud por ignorar como comunicarse con los funcionarios, porque todos los casos de poca o ninguna escolaridad eran indocumentados. Igualmente las mujeres con esta condición manifestaban dificultades a la hora de manejar los factores de riesgo desde el punto de vista preventivo, por su capacidad de aprendizaje más lenta.

**Hipertensión:** Variable significativa dentro del modelo logístico; permite relacionar el antecedente de hipertensión como causa de mortalidad perinatal o neonatal, por estar asociada a las principales causas de complicación del parto y a la

causalidad de muerte en los casos estudiados. Cabe anotar que en la documentación de esta variable a través de la revisión de las historias clínicas se encontró que no hay racionalidad lógica científica, ya que muchas de éstas consignaban el dato de hipertensión como antecedente personal y/o familiar y no tomaban decisiones al respecto.

**Aspiración de Meconio:** La aspiración de meconio contribuyó notablemente a la conformación del modelo que explicó la mortalidad perinatal o neonatal en este estudio; su medición permitió relacionar que un feto al aspirar meconio durante el trabajo de parto y parto, aumenta el riesgo de complicación respiratoria. Por otro lado la aspiración de meconio refleja una inadecuada atención del control del trabajo de parto, y en la revisión de las historias clínicas se pudo constatar que no hay un único protocolo de atención, ya que algunos de los profesionales llevan partogramas, otros no, algunos diligencian la historia perinatal básica, hoja de atención del RN, etc. Otros no, lo cual conlleva a no evaluar oportunamente riesgos para la toma de decisiones, orientadas a disminuir las complicaciones del binomio madre-hijo.

---

## CONCLUSIONES

---

- En el análisis de mortalidad fetal y neonatal, un ingrediente adicional es que un porcentaje de muertes es de causa desconocida o se registran mecanismos intermedios como insuficiencia uteroplacentaria, que no permiten determinar ni las causas básicas ni directas de defunción y por lo tanto, las medidas a tomar por parte del sistema

de salud. Esto se relaciona con el número bajo de necropsias realizadas.

Las malformaciones congénitas sin necropsia sólo permite diagnosticar las externas, mientras las malformaciones como las renales y cardíacas pasan desapercibidas, por lo cual es posible

que haya subregistro en este diagnóstico.

- Un alto porcentaje de las muertes fatales se presenta en el grupo correspondiente a peso mayor 1500 gm y edad gestacional de 28 semanas, grupo que de acuerdo a las causas básicas hubiera sido

posible prevenir algunas de ellas o terminar el embarazo con recién nacidos potencialmente viables; sin embargo no se pudo establecer la importancia de estas causas por el alto porcentaje de pacientes sin diagnóstico o con diagnóstico que no permite determinar la causa básica.

## RECOMENDACIONES

- Fortalecimiento de las acciones de vigilancia que incluyan planes de inducción al personal de salud, particularmente personal en año social obligatorio; educación continua al personal médico encargado de elaborar las historias clínicas y de los certificados de defunción y supervisión permanente por parte de los municipios y al interior del mismo.
- Estrategias de mejoramiento del sistema de información, tales como organización de las oficinas de estadística en las instituciones retomando la normatividad vigente.
- Estandarización y aplicación de protocolos para la vigilancia de la

salud materna y feto-infantil que permitan con oportunidad y celeridad recolectar información confiable, así como un acompañamiento permanente en el análisis de la información, la toma de decisiones y el funcionamiento permanente y continuo del comité de vigilancia en salud pública local.

- Fortalecimiento de la visión gerencial de los programas de atención a la mujer y al infante en el ámbito institucional y/o municipal.
- Garantizar el control prenatal gratuito, eliminado la barrera del aseguramiento y por ende del ingreso.

## REFERENCIAS

1. Revista CEMIYA, "Historia de la Mortalidad Feto-Infantil y su impacto en la salud Materno Infantil", No. 3, Octubre 1999
2. Revista CEMIYA, "Actualización de Gemas Malitas con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión (CIE'10)", No. 4, Diciembre 2.000.
3. VICTORIA, César, BARROS, Fernando y VAUGHAN, J. Patrick. "Epidemiología de la Desigualdad". San Pablo, Brasil. Editora de Humanismo, Ciencia y Tecnología "Hucitec" Ltda. 1992. Pág. 61 a la 71.
4. GENSINI, Hugo. "La Gestación Humana, una Mirada Integral". Bogotá D.C., Colombia. Editora Fundación Restrepo Barco. 2000. Mirada No. 4.