

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN – LEÓN**



Trabajo Monográfico para optar al título de
“Doctor en Medicina y Cirugía”

**FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD PERINATAL EN MUJERES ATENDIDAS
EN EL CENTRO DE SALUD DE CAMOAPA, 2005 – 2008.**

Autor:

Br. Jorge Luis Alvarado Pérez.

Tutor:

Dr. Juan Almendárez Peralta.

Máster en Salud Pública

León, Octubre de 2010.

DEDICATORIA

A Dios, por el don de la vida y por permitirme llevar la salud a los pacientes que tanto lo necesitan.

A mi esposa Ángela Esquivel y mi hijo Jorge Luis Alvarado, porque su amor es la motivación que me impulsa a mejorar cada día como persona.

A mis padres, porque su fe, confianza y entrega hoy dan sus frutos.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Juan Almendárez Peralta, por su paciencia y apoyo en la realización de este trabajo monográfico.

Al personal del Centro de Salud San Francisco de Asís – Camoapa, por su invaluable colaboración en la recolección de la información.

RESUMEN

La mortalidad perinatal es un indicador que permite evaluar la calidad de atención materno – infantil. Las tasas de mortalidad perinatal en Nicaragua llevan 10 años permaneciendo inalteradas por lo que conviene plantearse ¿Cuáles son los factores de riesgo que se encuentran asociados a la mortalidad perinatal?

Es por esto que decido determinar los factores de riesgo asociados a Mortalidad Perinatal en mujeres atendidas en el Centro de Salud San Francisco de Asís de la ciudad de Camoapa.

Realicé un estudio analítico de casos y controles no pareados, calculé el Odds Ratio e intervalo con el 95% de confianza a las variables identificadas como de exposición.

Entre los factores de riesgo encontrados tenemos preconcepcionales como la edad igual o mayor de 35 años, el analfabetismo, el estado civil soltera y la multiparidad. A pesar de que el 90% de los partos fue institucional se identificó el parto domiciliar como riesgo. Los factores de riesgo del parto identificados son: el parto pretérmino, las distocias de presentación y la depresión neonatal.

Palabras claves: Mortalidad, perinatal, factor, riesgo, asociación, casos, controles.

ÍNDICE

Acápite	Página
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Resumen	iii
Introducción	1
Antecedentes	3
Justificación	5
Planteamiento del problema	6
Objetivos	7
Marco teórico	8
Diseño metodológico	16
Resultados	22
Discusión de los resultados	25
Conclusiones	28
Recomendaciones	29
Bibliografía	30
Anexos	34

INTRODUCCIÓN

La mortalidad perinatal es un indicador que permite evaluar la calidad de atención materno – infantil en un sistema de salud a través de sus diferentes niveles de atención médica y describe, desde un punto de vista general, la salud de una población. ⁽¹⁾

El Ministerio de Salud trabaja desde el Programa de Atención Integral a la mujer, niñez y la adolescencia en el desarrollo de la maternidad segura como una estrategia para mejorar la salud materna y perinatal del país, y se ha establecido como objetivos: Reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo, reducir el número de complicaciones obstétricas y reducir la tasa de mortalidad perinatal y neonatal. ⁽²⁾

Las tasas de mortalidad perinatal y fetal varían en muchos países del mundo debido a los factores sociales imperantes. Dentro de los países de América Latina, Nicaragua se ubica en el tercer lugar de los países con necesidades insatisfechas, con un 70%, lo que aumenta los riesgos al binomio materno infantil. ⁽³⁾

En América latina y el Caribe la mortalidad neonatal representa el 60% de las muertes de la niñez menor de un año. Nicaragua, ha logrado reducir un 50% las tasas de mortalidad del menor de cinco, sin embargo esta reducción ha sido a expensas principalmente de la mortalidad infantil. En los últimos veinte años, más del 80% de los niños menores de cinco años que fallecen son menores de un año. De estas muertes infantiles, más del 70% son muertes perinatales. Desde 1998 hasta la fecha las tasas de mortalidad perinatal permanecen casi inalteradas. En el período 1997 – 2006 el MINSa registró un total de 13,671 muertes neonatales de las cuales casi la mitad, 41%, ocurrió a las primeras 48 horas de vida y casi un 25% en su primer día de vida. El 82% de las muertes neonatales ocurren en la primera semana. ⁽²⁾

En nuestro país, los últimos años, se registran como principales causas de mortalidad del menor de cinco años las afecciones ocasionadas en el período perinatal. En el

mismo período las causas de muertes neonatales más frecuentes fueron los trastornos respiratorios, sepsis, asfixia y malformaciones congénitas.⁽⁴⁾

La mayoría de las muertes perinatales son evitables llevando a cabo intervenciones eficaces y basadas en evidencias para la atención de las madres y los recién nacidos antes, durante e inmediatamente después del parto⁽²⁾. Estas intervenciones deben ser aplicadas a las familias, las comunidades y las unidades de salud, en el marco del continuo del proceso de atención. Para disminuir los índices de mortalidad perinatal se hace necesario enfatizar el trabajo profiláctico que se debe realizar y concentrar las investigaciones en aquellos factores que favorecen su aparición.

La alta incidencia de muertes perinatales y la prioridad que representa el grupo materno – infantil, son las pautas que motivan el estudio de sus factores de riesgo. Los resultados sirven para elaborar líneas de acción a nivel del Ministerio de Salud y contribuyen a la reducción de la Mortalidad Perinatal.

ANTECEDENTES

La mortalidad perinatal es un problema frecuente pero en continuo descenso a nivel mundial. En países desarrollados la mortalidad perinatal disminuyó en 50% durante el período de 1950 a 1980 (de 31.7 a 15.9 x 1000 nacimientos) pero, por cuestiones sociales, este índice de mortalidad perinatal era mucho más alto en mujeres negras que en blancas. En estos países los componentes fetal y neonatal de la mortalidad perinatal han sido casi iguales, pero a lo largo de los últimos decenios, el neonatal ha disminuido con mayor rapidez que el fetal. En 1960, el 52% de las muertes perinatales eran neonatales, en 1980 lo fueron, 45.5%. Esto se debe a que los cuidados intensivos perinatales han originado índices de supervivencia de 45% en lactantes que nacen a las 26 semanas de gestación, y en más de 90% de los que nacen a las 28 semanas. ⁽⁵⁾

Actualmente se calcula que cada año se presentan 8 millones de muertes perinatales en el mundo, la mitad antes del nacimiento, 2.9 millones antes de los siete días de vida y 1.1 millones entre los días 7 y 28 día de vida. ⁽⁶⁾ El 98% de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo. Entre los países Latinoamericanos y del Caribe con alta mortalidad infantil y perinatal se encuentran: Haití, Bolivia, Perú, Nicaragua, El Salvador y Honduras. ⁽⁷⁾

Sin embargo en América Latina y el Caribe existen grandes diferencias en las cifras de mortalidad perinatal. Las últimas cifras oficiales de la OPS, del año 2003, muestran que para todo el Caribe latino la razón de mortalidad fue de 52,8 x 1.000 nacidos vivos, pero Cuba tuvo 12,6 y Puerto Rico 20, mientras Haití tuvo 95 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Este fenómeno refleja las diferencias de recursos y condiciones de vida de los diferentes países y además se repite dentro de cada subregión de América latina y el Caribe e incluso al interior de cada país. ⁽⁸⁾

Las malformaciones congénitas, las complicaciones relacionadas con el embarazo como la placenta previa o el abruptio, las complicaciones relacionadas con el parto como la asfixia, el trauma y las enfermedades infecciosas son las causantes de la

mayoría de las muertes perinatales en los países en vías de desarrollo ⁽⁹⁾, pero en muchos de ellos una alta proporción de muertes perinatales quedan sin diagnóstico debido a la no realización o realización inadecuada de las autopsias, al escaso recurso para el estudio histopatológico y microbiológico y a que muchas de esas muertes ocurren en los domicilios donde las madres reciben poca o nula atención calificada. Sin embargo, se reconoce que, aún con la mejor tecnología, entre un 20 y un 50% de los mortinatos se quedan sin una causa de muerte. ⁽¹⁰⁾

A comienzos del siglo pasado, las embarazadas no recibían cuidados prenatales y el médico o partera se encargaban de atender sólo el trabajo de parto y el parto. El desarrollo ulterior de los cuidados prenatales sistemáticos y generalizados ha contribuido mucho a disminuir la mortalidad materna y perinatal en todo el mundo durante los últimos cuarenta años y es un claro ejemplo de medicina preventiva. En la actualidad, el concepto de cuidados prenatales abarca la evaluación de riesgos, atención médica, servicios sociales, orientación nutricional y general a la paciente, y apoyo psicológico. ⁽⁵⁾

Aplicado en forma rutinaria y extensiva, juntamente con otras medidas, como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencia y niveles de asistencia, y la atención inmediata de todos los recién nacidos, contribuye a evitar muertes, lesiones maternas y perinatales. ⁽¹¹⁾

El municipio de Camoapa tiene muy buen cumplimiento de metas en controles prenatales en los últimos 3 años, pero se desconoce la incidencia de mortalidad perinatal y sus factores causales, esto conllevó a determinar los aspectos que pudieran estar influyendo en la en la aparición de esta mortalidad.

JUSTIFICACION

En nuestro país, en donde los recursos son insuficientes y los problemas de salud perinatal son serios, el enfoque de riesgo es uno de los principales instrumentos para detectar los problemas que contribuyen a la mortalidad perinatal en los diferentes niveles de atención.

Los factores que inciden antes de la concepción, durante el embarazo, parto y los primeros días del período neonatal, son gravitantes para la salud del feto y recién nacido y el desarrollo final del niño; en nuestro medio no han evolucionado positivamente y son a la fecha causas de muerte frecuente en esta etapa de la vida.

La selección temprana de embarazos de alto riesgo permite racionalizar la atención perinatal y concentrar los recursos en quienes más lo necesitan, a fin de brindar la atención en el nivel de complejidad que su grado de riesgo requiera.

La persistencia de muertes perinatales que ocurren en el municipio Camoapa y la prioridad que representa el grupo materno – infantil fueron los factores de motivación para realizar este estudio; el propósito es que los resultados sirvan para elaborar líneas de acción y estrategias que muestren beneficios en la población obstétrica y en los resultados perinatales y que contribuyan a la reducción de la Mortalidad Perinatal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo que se encuentran asociados a la mortalidad perinatal en mujeres de 15 a 49 años en el Centro Salud de Camoapa, Departamento de Boaco, de Enero 2005 a Diciembre 2008?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar los factores de riesgo asociados a Mortalidad Perinatal en mujeres atendidas en el Centro de Salud San Francisco de Asís de la ciudad de Camoapa en el período comprendido de Enero 2005 a Diciembre 2008.

Objetivos específicos:

Identificar las características demográficas y obstétricas de las mujeres que se encuentren asociadas a la ocurrencia de la mortalidad perinatal.

Establecer la accesibilidad a los servicios de salud y el estado de salud de la mujer durante la gestación en la ocurrencia de la mortalidad perinatal.

Determinar la relación entre los eventos ocurridos durante el parto y el periodo neonatal precoz y su relación con la Mortalidad Perinatal.

MARCO TEÓRICO

1. Mortalidad perinatal

Existen muchos indicadores para medir los riesgos perinatales, como peso al nacer, estado neurológico del niño, maduración psiconeurológica en la primera infancia, etc., pero la tasa de mortalidad perinatal sigue siendo el instrumento más utilizado.⁽¹¹⁾

Como la mortalidad fetal tardía, que considera el período del embarazo del feto prematuro, el de término y el de postérmino, y la neonatal precoz, que considera al recién nacido hasta el 7mo día, guardan entre sí estrecha relación, su suma se considera un lógico indicador de la eficacia del proceso reproductivo y constituye así la mortalidad perinatal.⁽¹¹⁾ (Fig.1)

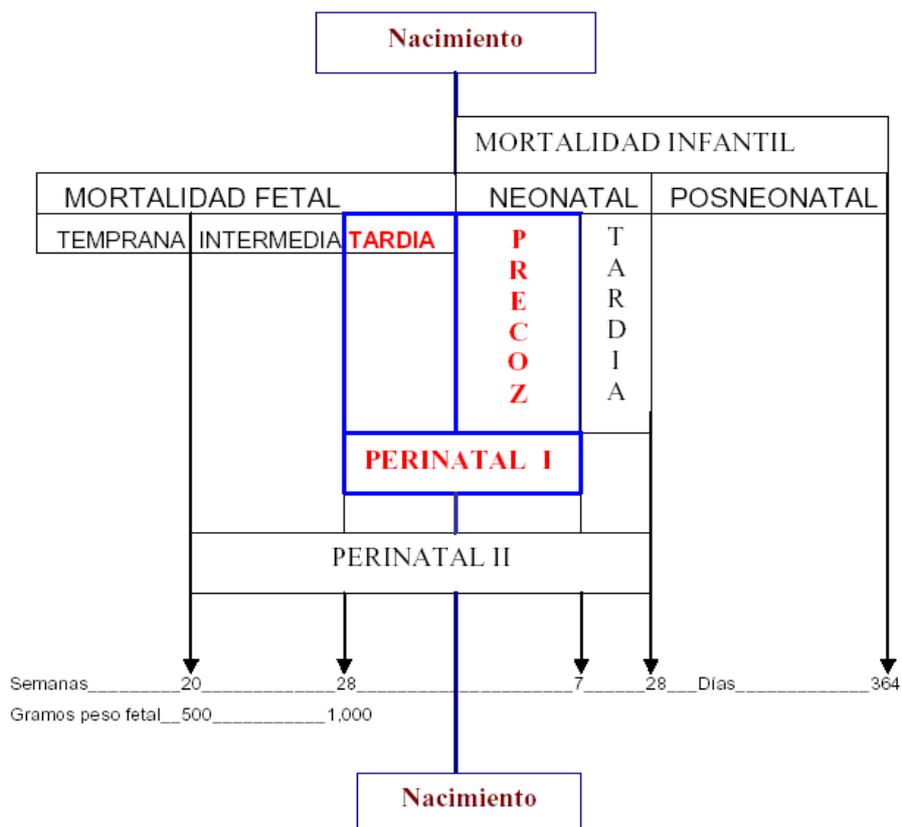


Fig. 1. Clasificación de la mortalidad.⁽¹¹⁾

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE-10) estableció definitivamente que el período perinatal comienza cuando se completa la 22ª semana de gestación (cuando el peso del feto es normalmente de 500 gramos) y finaliza cuando se completan los siete días posteriores al nacimiento. ⁽²¹⁾

2. Factores de riesgo perinatales

Factor de riesgo es toda característica observable en una persona, asociada a una probabilidad incrementada de experimentar un daño en su salud; su importancia consiste en que son observables e identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud y también de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo. En resumen son características que presentan una relación significativa con un determinado daño. ⁽¹²⁾

Estas relaciones pueden ser de tipo ⁽¹¹⁾:

- a. Causal. El factor desencadena el proceso.
- b. Predictivo. Las características que integran el factor de riesgo tienen una conexión con el daño, pero están asociadas a causas subyacentes no totalmente identificadas o mal comprendidas.

Los factores de riesgo pueden ser clasificados en:

- a. Endógenos o biológicos. Propios del individuo.
- b. Exógenos o del medio ambiente. En este se incluyen características o factores pertenecientes a diversos sistemas relacionadas con la salud individual o colectiva.

Según el momento en que más precozmente pueden llegar a ser identificados, los factores de riesgo perinatales se clasifican en preconceptionales, del embarazo, del parto, del postparto y neonatales.

Es indispensable determinar el riesgo obstétrico de una mujer en cualquiera de estas etapas para poder tomar oportunamente las medidas de prevención y tratamiento que corresponda.

Selección de los factores de riesgo ⁽¹¹⁾

Para que una característica pueda ser seleccionada como factor de riesgo deberá cumplir con una serie de requisitos.

Fuerza de asociación con el daño. La presencia del factor deberá asociarse con un aumento significativo de la probabilidad de padecer el daño.

El riesgo relativo. Como su estimador, el Odds Ratio, son instrumentos muy útiles para este objetivo ya que miden el exceso de riesgo para un daño dado en las personas expuestas al factor de riesgo, comparando con el de las que no están expuestas a dicho factor.

Incidencia. Esta característica determina una discriminación entre las acciones de nivel comunitario y las de nivel individual. Los factores que tienen una alta frecuencia en la población serán seleccionados en la medida que se pueda intervenir a nivel comunitario para su control, En cambio, la selección de individuos de alto riesgo tiene por objeto concentrar en una minoría con más necesidad el máximo de recursos, ya sea refiriéndolos a un nivel superior de atención o aumentando las prestaciones. Por lo tanto, para que puedan ser usados a nivel individual los factores no deberán tener una frecuencia muy alta, que impida separar del total un porcentaje operativo de individuos con una determinada condición de riesgo.

Posibilidad de ser identificados. Los factores de riesgo elegidos deben ser de fácil detención por parte de quien tiene que identificarlos. Esto determinará que los factores de riesgo utilizados para identificar individuos con alto riesgo variarán según el nivel en donde se actúe.

Posibilidad de ser controlados. Deberán seleccionarse aquellos factores de riesgo sobre los que se pueda actuar, ya sea suprimiéndolos, reduciéndolos y, en los casos en que son inmutables, controlando sus efectos.

Resumen de algunos factores que entrañan riesgo de mortalidad perinatal ⁽¹¹⁾

I. Preconcepcionales (su aparición precede al inicio del embarazo)

- Bajo nivel socioeconómico
- Analfabetismo
- Malnutrición materna
- Talla baja
- Obesidad
- Madre adolescente
- Edad materna avanzada
- Gran multiparidad
- Corto intervalo intergenésico
- Malos antecedentes genéticos
- Malos antecedentes obstétricos
- Patología previa

II. Del embarazo (Su aparición recién se produce cuando el embarazo está en curso):

- Anemia
- Mal control prenatal
- Poca ganancia de peso
- Excesiva ganancia de peso
- Hábito de fumar
- Alcoholismo
- Drogadicción
- SHG
- Embarazo múltiple
- Hemorragias
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Rotura prematura de Membranas
- Infección ovular
- Incompatibilidad sanguínea

III. Del parto (Su aparición se produce durante el trabajo de parto y el parto):

- Introducción del parto
- Amenaza del parto pretérmino
- Presentación viciosa (pelviana)
- Trabajo de parto prolongado
- Insuficiencia cardiorrespiratoria
- Distocias de contracción
- Mala atención del parto
- Procidencia del cordón
- Sufrimiento fetal
- Gigantismo fetal
- Parto instrumental

IV. Del recién nacido:

- Depresión neonatal
- Pequeño para la edad gestacional
- Pretérmino
- Malformaciones
- Infección

3. Calificación de riesgo obstétrico y mortalidad perinatal

Se han creado diversos sistemas de clasificación prenatal semiobjetivos para identificar los embarazos de riesgo. En estos sistemas suele considerarse el efecto de 5 factores generales. 1) Enfermedades maternas que coexisten con el embarazo sin estar relacionadas con éste; 2) trastornos y complicaciones de la madre que se relacionan con la gestación; 3) situación socioeconómica, que se mide con base en los ingresos, puesto que ocupa el cónyuge o su nivel de estudios y grupo étnico; 4) antecedentes genéticos, y 5) factores biológicos maternos. ⁽⁵⁾

Un estudio del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Venezuela, determinó la relación entre el riesgo obstétrico y la aparición de la mortalidad perinatal, en el que se observó que casi el 70% de los embarazos clasificados como alto riesgo obstétrico desencadenó en muerte perinatal. (Ver cuadro No. 1)

Cuadro 1. Contribución relativa a la mortalidad perinatal en grupos de bajo y alto riesgo obstétrico ⁽¹³⁾

Riesgo Obstétrico	Mortalidad Perinatal	
	Casos	%
Alto	206	69.13
Bajo	83	27.85
Sin	9	3.02
Total	298	Total

Si la condición de la madre es estable, las decisiones terapéuticas relativas a interrumpir el embarazo deben basarse en la comparación de los beneficios (disminución de la mortalidad) contra los riesgos (morbilidad y mortalidad o parto prematuro). En teoría, la intervención debe emprenderse cuando el riesgo de muerte intrauterina detectada con algún método objetivo es mayor que el de fallecimiento neonatal, este último casi siempre debido a insuficiencia respiratoria. Es evidente la relación de la mortalidad neonatal con la edad gestacional. El riesgo de muerte fetal o

complicaciones neonatales se pueda ampliar o reducir de manera errónea si la edad gestacional verdadera se calcula de manera incorrecta en uno u otro sentido. La ultrasonografía diagnóstica es el método más confiable de predicción de la edad gestacional, pero su exactitud disminuye con rapidez después de la semana 26 de gestación.

4. Causas principales de mortalidad perinatal

Situación en países desarrollados:

En estados unidos se producen cada año alrededor de 6 millones de embarazos, 4 millones de nacimientos de niños vivos y 35 mil muertes de lactantes durante el primer año de vida. Las muertes fetales se asocian con retraso del crecimiento intrauterino y con cuadros que, como la insuficiencia placentaria, predisponen a la asfixia fetal. Las muertes neonatales se deben a enfermedades asociadas a bajo peso en el nacimiento y con malformaciones congénitas letales.⁽¹⁴⁾ (Ver cuadro No. 2)

Cuadro 2. Causas principales de mortalidad perinatal⁽¹⁴⁾

Fetales	Pretérmino	A término
- Insuficiencia placentaria	- Síndrome de dificultad respiratoria	- Malformaciones congénitas
- Infecciones intrauterinas	- Displasia broncopulmonar	- Asfixia, traumatismo de parto
- Malformaciones congénitas graves	- Inmadurez grave	- Infecciones
- Accidentes del cordón	- Hemorragia intraventricular	- Aspiración meconial, neumonía
- Desprendimiento prematuro de la placenta	- Malformaciones congénitas	- Persistencia de la circulación fetal
- Hidropesía fetal	- Infecciones	
	- Enteritis necrotizante	

Situación nacional:

En nuestro país se producen alrededor de 865 muertes perinatales anuales de las cuales el 54.4% se producen en el período neonatal y el 45.6% restantes equivalen al período fetal. ⁽¹⁵⁾ Los estudios realizados en nuestro país arrojan resultados acerca de las principales causas de muertes neonatales ^(4, 16), entre las que encontramos:

- Sepsis Neonatal.
- Asfixia neonatal.
- Enfermedad de membrana hialina.

No se han logrado realizar estudios que determinen las principales causas de muertes fetales en nuestro país, muy probablemente porque no ha toda muerte fetal se le realiza estudio anatomopatológico.

5. Mortalidad perinatal y acceso a los servicios de salud

La accesibilidad a los servicios de salud es un concepto con al menos dos dimensiones: la geográfica y la social. ⁽¹⁷⁾ Una de las medidas más utilizadas para analizar el acceso a servicios de salud sobre la supervivencia perinatal es la atención en el parto. A nivel mundial se considera a la atención del parto como uno de los mecanismos más eficaces para reducir los índices de mortalidad perinatal e infantil a través de la disminución de problemas no detectados a tiempo. ⁽¹⁸⁾

Si bien la literatura reporta una relación positiva entre la supervivencia perinatal e infantil y el acceso a servicios de salud, pocos estudios han incluido dentro de sus determinantes alguna medida de utilización de esos servicios. Dentro de ellos podemos mencionar el estudio de Forste (1994), que estima el impacto de la variable atención recibida por un profesional de salud sobre el riesgo de morir, encontrando una relación positiva aunque no estadísticamente significativa, mientras que otros factores como atención prenatal si lo son. ⁽¹⁹⁾ Por otro lado, un estudio efectuado por el INEI para el caso de un estudio peruano reporta que el parto atendido por un profesional de salud u

otro técnico reduce significativamente el riesgo de morir, siendo el resultado estadísticamente significativo. ⁽²⁰⁾

Una de las vías más utilizadas para solucionar este problema es la “instrumentalización” de las variables de utilización. Es decir, incorporar en la ecuación de la mortalidad perinatal las probabilidades predichas de atención médica a través de atención prenatal y lugar de atención del parto (clínica/hospital). En este sentido, la ecuación de mortalidad perinatal se encuentra en función de variables del hogar, madre, niño y variables regionales; mientras que para identificar el acceso a los servicios de salud en la ecuación de mortalidad usan variables de infraestructura médica en el distrito y variables socioeconómicas que afectan directamente la probabilidad de atención en indirectamente la mortalidad infantil. ⁽¹⁸⁾

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Analítico de casos y controles no pareados.

Área de estudio:

Camoapa se sitúa a 120 Km. al este de Managua, su población es de 38,219 habitantes según INIDE, con 9,922 mujeres en edad fértil, de las cuales el 63.8% son del área rural. La unidad de Salud se encuentra ubicada en el centro de la ciudad y brinda atención en 4 clínicas de consulta general, una clínica pediátrica y una ginecológica; trabaja bajo el programa AIMNA (Atención integral de la mujer, niñez y la adolescencia) y en los últimos 3 años tienen un cumplimiento de metas para Control Prenatal que sobrepasa el 100% según el departamento de estadística la unidad de salud. A pesar de ser un Centro de salud “sin camas” esta unidad ideó una sala de emergencias la cual cuenta con una sala pequeña que sirve como área de expulsivo en las que se atienden partos de bajo riesgo obstétrico, aunque no se cuenta con todos los requisitos mínimos para dicha atención. El turno lo complementan un médico general y dos enfermeras – as; una ambulancia está disponible para los traslados de emergencias en general hacia el II nivel de atención.

Casos

Son todos los casos registrados en expedientes clínicos de muertes perinatales que ocurrieron durante el período de estudio (Enero de 2005 – Diciembre 2008) en el Centro de Salud de Camoapa o fueron trasladados al segundo nivel por las malas condiciones del niño y existen evidencias de que murió en ese segundo nivel. Se excluyeron del estudio casos de los que sus datos en el expediente se encuentren incompletos.

Controles

Por cada caso se seleccionaron dos controles entre niños que egresaron sanos de la unidad de salud o fueron referidos al segundo nivel de atención y se tienen evidencias de que egresaron vivos de dicho nivel de atención en fechas similares de la ocurrencia

de la muerte perinatal. Se excluyeron del estudio los pacientes que sus datos en el expediente se encontraron incompletos.

Fuentes de la información:

Es secundaria, mediante revisión del expediente clínico y de la ficha de mortalidad perinatal e infantil y registros del análisis de mortalidad.

Instrumento de recolección de datos:

Se diseñó un instrumento que responde a la información requerida en los objetivos específicos, el mismo se sometió a revisión una vez entregado el protocolo, para hacer mejoras al instrumento y tomar en cuenta las recomendaciones del arbitraje.

Procedimientos de recolección de los datos:

Después de aprobado el instrumento de recolección de la información se solicitó permiso a las autoridades del Centro de Salud de Camoapa y del Hospital Regional Boaco para seleccionar los expedientes clínicos de los casos y controles según los criterios de inclusión y exclusión descritos previamente.

Procedí al llenado del instrumento de recolección de los datos tomando en cuenta la ficha de mortalidad perinatal e infantil, su ingreso, historia clínica, notas médicas y altas, según correspondía a caso o control.

Plan de análisis:

La información fue procesada y analizada en el paquete estadístico Epi-Info 2000 en su versión 3.5.1 para Windows. Se calculó en este estudio el Odds Ratio e intervalo con el 95% de confianza a las variables identificadas como de exposición o independientes. Los resultados los he plasmado en cuadros.

Aspectos éticos:

La realización de la investigación no tiene implicancia ética, los números de la ficha de recolección, historia clínica perinatal, ficha de mortalidad y análisis de los mismos son únicos y estrictamente para fines del estudio

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1er. objetivo específico

Variable	Concepto	Valor
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la madre hasta el momento del estudio.	15- 49 años
Talla	Estatura materna.	≤150 cms ≥151 cms
Procedencia	Lugar de residencia de la madre al momento del estudio.	Urbana Rural
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por la madre hasta el momento del momento del estudio	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
Estado civil	Situación o condición conyugal de la madre.	Soltera Acompañada Casada
Paridad	Número de embarazos que la paciente ha tenido incluido el embarazo actual.	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta

Variable	Concepto	Valor
Antecedentes de Aborto	Interrupción espontánea o provocada de la gestación antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto inferior a 500 gr.	Si No
Antecedentes de Cesárea	Extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero.	Si No
Antecedentes de muerte perinatal	Muerte fetal (a partir de las 22 semanas de gestación o peso \geq 500 gr.) o muerte neonatal (antes del 7mo día de vida extrauterina)	Si No
Período intergenésico	Tiempo transcurrido entre la fecha del último parto, aborto o cesárea, y la fecha de última menstruación.	Ninguno Menor 1 año Mayor de un año
Antecedentes personales no patológicos	Utilización de sustancias tóxicas dañinas para la madre e hijo.	Tabaquismo Alcoholismo Drogas
Antecedentes personales patológicos	Condición o estado mórbido de la paciente presente antes del embarazo actual y que tiene rasgos de cronicidad.	HTA DM Cardiopatías Asma Epilepsia LES

2do. Objetivo específico

Variable	Concepto	Valor
Control prenatal	Número de controles prenatales que se realizó en el actual embarazo.	Ninguno 1-3 ≥ 4
Lugar de ocurrencia del parto	Local donde se presentó el período de expulsivo.	Domiciliar Institucional Otros
Estado de salud de la mujer	Presencia de alguna emergencia obstétrica o agudización de antecedente patológico durante el trabajo de parto.	Si No

3er. Objetivo específico

Variable	Concepto	Valor
Edad gestacional	Tiempo cronológico desde la fecha última menstruación y/o valorado por ultrasonografía hasta el momento de la interrupción del embarazo expresado en semanas.	22 – 36 6/7 semanas 37 – 41 6/7 semanas >42 semanas
Tipo de parto	Evolución del Trabajo de Parto de forma normal o no.	Eutósico Distósico
Vía de termino del parto	Medio seleccionado por el que se produce el nacimiento del producto	Vaginal Cesárea
Depresión neonatal	Evaluación del estado general del Recién Nacido que se efectúa al 1º y 5º minuto de vida del mismo.	8-10 es normal 4-7 leve–moderada 0-3 depresión severa
Malformación congénita	Alteraciones en la estructura de un órgano o parte del cuerpo; debidas a trastornos en su desarrollo durante la gestación,	Si No
Infección neonatal	Diagnóstico de enfermedad infecciosa neonatal	Si No

RESULTADOS

Se estudiaron 150 expedientes que cumplían con los criterios de inclusión y el período de estudio, de los cuales 50 correspondieron a muertes perinatales y se catalogaron como casos y 100 correspondieron a recién nacidos vivos, que no murieron en la primera semana de vida, y se catalogaron como controles.

Debido a que algunos expedientes no tenían información completa y que otros se encontraban extraviados, muchos que pudieron haber sido “casos” fueron excluidos del estudio, lo que representó una dificultad al momento de recolectar la información.

Entre las variables demográficas estudiadas encontré que la edad predominante es la adolescencia con más del 50% de población estudiada; solamente el 24% de las mujeres presentaba una talla menor a 150 cm.; no hubo grandes diferencias entre la procedencia urbana (44%) y la rural (56%); es importante señalar que el 25% de las mujeres eran analfabetas y el 47% cursaba la escolaridad primaria; en relación al estado civil encontré que solo el 12% se encontraban casadas, el 69% estaban en unión estable y el 19% eran mujeres solteras. (Ver cuadro No.3)

Respecto a las características obstétricas estudiadas observé que el 57% de las mujeres eran primigestas y el 16% tenían más de 3 embarazos previos; solamente el 9% de las mujeres tenían antecedentes de aborto; el 2% presentaba antecedentes de cesárea y el 3% tenía antecedentes de muerte perinatal; además el 7% de los embarazos tenía un espacio intergenésico menor de un año. (Ver cuadro No. 4) Las pacientes no presentaron antecedentes personales no patológicos; y entre los antecedentes patológicos solo encontré hipertensión arterial sistémica en el 2% y asma con menos del 1% de las pacientes. (Ver cuadro No. 5)

En cuanto a la accesibilidad de los servicios de salud encontré que el 63% de las pacientes tenían más de 4 Controles prenatales y un 4% ningún control; del lugar de ocurrencia del parto el 9% fue domiciliar (Ver cuadro No. 6); Solamente el 5% de las

pacientes presentó una emergencia obstétrica o agudización de enfermedad crónica. (Ver cuadro No. 7)

En los eventos del parto, el 27% de las mujeres estudiadas presentó parto pretérmino; El 15% de los partos fue diagnosticado como distócico y 10% de los nacimientos fueron vía cesárea; en cuanto al período neonatal precoz el 25% de los nacimientos presentó depresión respiratoria severa; el 7% de los nacimientos presentó alguna malformación congénita; y solo un 3% desencadenó una infección neonatal. (Ver cuadro No. 8)

Al aplicar el cálculo del Odds Ratio (OR) para medir la fuerza de asociación de los factores con la mortalidad perinatal encontré que la mujeres mayores de 35 años tienen 6 veces más riesgo de mortalidad perinatal (OR= 6.68; IC= 1.15 – 50.06); la procedencia rural incrementa 2 veces el riesgo pero no es estadísticamente significativa (OR= 2.13; IC= 0.99 – 4.61); el analfabetismo (OR= 3.04; IC= 1.33 – 6.99) y la soltería (OR= 3.15; IC= 1.27 – 7.86) de las pacientes aumentan en 3 veces el riesgo de mortalidad. (Ver cuadro No. 9)

De los factores del embarazo analizados observé que la multiparidad aumenta el riesgo de mortalidad en 9 veces (OR= 9.6; IC= 3.24 – 29.82). Los antecedentes de cesárea aumentan el riesgo 2 veces pero no tienen significancia estadística. (Ver cuadro No. 9)

Las pacientes que no habían asistido a ningún control prenatal tenían 5 veces más riesgo que las que acudían periódicamente pero no encontré significancia estadística (OR= 5.44; IC= 0.89 – 42.32); Identifiqué el parto domiciliar como un factor de riesgo que aumenta en 34 las probabilidades de mortalidad perinatal. (Ver cuadro No. 9) La presencia de emergencia obstétrica y/o la agudización aumenta 5 veces el riesgo de mortalidad perinatal pero no encontré significancia estadística (OR= 5.44; IC= 0.89 – 42.32). (Ver cuadro No. 9)

De los factores del período de parto encontré que la prematuridad tiene 10 veces más riesgo (OR= 10.13; IC= 4.14 – 25.27) que los nacidos a término; la presentación

distócica aumenta significativamente el riesgo de mortalidad (OR= 10.69; IC= 3.37 – 36.12); el nacimiento vía cesárea (OR= 7.58; IC= 2.09 – 29.96) y la presencia de depresión neonatal (OR= 76; IC= 21.97 – 285.43) aumenta en 7 y 76 veces el riesgo de morir, respectivamente. (Ver cuadro 9)

Las tres principales causas de muerte perinatal encontradas fueron el SFA y Asfixia neonatal con 12% cada una y la malformación congénita con 6%. (Ver cuadro No. 10)

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La tasa de mortalidad perinatal en el municipio de Camoapa durante el período de estudio fue de 33 muertes x cada 1000 nacimientos, a pesar de estos datos el Ministerio de Salud, desde el año 1998 hasta la fecha, reporta que las tasas de mortalidad perinatal permanecen casi inalteradas ⁽²⁾, siendo de 20 x 1000 nacidos vivos en área rural y de 18 x 1000 nacidos vivos en área urbana. ⁽²³⁾

Entre los resultados encontré que el 60% de la población estudiada correspondió a madres en edades extremas de la vida reproductiva (55% madres adolescentes y 5% \geq 35 años), sin embargo no encontré fuerza de asociación en madres adolescentes, cuando otros autores señalan que el riesgo aumenta en estas ⁽⁴⁾, esto se corresponde con las conclusiones de estudios recientes que establecen una asociación entre la adolescencia y una mayor incidencia de bajo peso al nacer, prematurez y niños pequeños para la edad gestacional, pero a la vez señalan disminución del riesgo de mortalidad perinatal en este grupo debido a la posibilidad de controlar las condiciones mencionadas. ⁽²⁴⁾; Los resultados de mi estudio demuestran que en las madres mayores de 35 años el riesgo de mortalidad perinatal se encuentra aumentado 6 veces, siendo esto igual al resultado de otros estudios en los que la edad materna avanzada sigue siendo uno de los principales factores de riesgo preconcepcionales de mortalidad perinatal. ^(11, 22, 24)

El analfabetismo y la soltería de las pacientes resultó ser un factor de riesgo que aumenta 3 veces la mortalidad perinatal. Estudios realizados a nivel hospitalario en Nicaragua presentan los mismos resultados y concluyen que se relacionan de manera directa con el nivel socioeconómico de las pacientes; según algunos autores este aumento de riesgo en las analfabetas se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad durante la adolescencia e inician una vida sexual activa después de una estabilidad marital, además optan por acudir a controles prenatales continuos. ^(4, 22, 24)

De los factores de riesgo del embarazo, la gran multiparidad es un factor importante conocido a nivel mundial que conlleva a complicaciones obstétricas y se relaciona directamente con las patologías maternas ^(5, 9, 11, 13), los resultados del presente estudio señalan que el riesgo de mortalidad perinatal es 9 veces mayor en pacientes multíparas.

A pesar de la identificación de factores de riesgo demográficos y obstétricos en las pacientes atendidas en el centro de salud de Camoapa, solamente el 30% de estas fueron clasificadas como Alto riesgo obstétrico y el 70% se clasificó como bajo riesgo obstétrico, esto es de suma importancia puesto que los riesgos obstétricos se están manejando como embarazos sin riesgos, lo que tiene sus repercusiones en el período del parto y neonatal.

Con respecto a la accesibilidad a los servicios de salud, es sabido que el Control prenatal lo más pronto posible después de la concepción se asocia a mejores resultados del embarazo y diversos estudios señalan como factor de riesgo de mortalidad la falta de estos controles. ^(5, 9, 11, 13), en los resultados también se ve reflejado este riesgo, sin embargo no encontré significancia. Aunque otros estudios demuestren que el parto domiciliar triplica el riesgo de muerte neonatal al momento de evaluar el lugar de ocurrencia del parto en este estudio vemos que el domiciliar aumenta 34 veces el riesgo de mortalidad perinatal, esto debido a la falta de pericia y mal manejo por parte de las “parteras” ante cualquier eventualidad. ^(4, 5, 11)

Los factores de riesgo durante el parto son los que se asocian más fuertemente a la mortalidad perinatal. ^(2, 6, 7) La presentación distócica juega un papel importante como factor de riesgo y ha sido identificado en estudios a nivel nacional ^(4, 22), aunque en países desarrollados este factor no tiene la misma fuerza de asociación que en países en vías de desarrollo ⁽⁷⁾, durante este estudio las distocias de presentación se encontraron en el 15% de los partos, sin embargo solo el 10% de los embarazos terminó vía cesárea lo que supone un mal diagnóstico de la presentación fetal durante el control prenatal o un inadecuado seguimiento de las pacientes embarazadas, lo que

resulta en 10 veces el aumento del riesgo de mortalidad. A pesar de que el componente neonatal de la mortalidad perinatal ha disminuido gradualmente a nivel mundial por los cuidados intensivos neonatales ⁽⁵⁾ en el presente estudio observamos que el parto pretérmino (22 – 36 6/7 SG) aumentó en 10 veces la mortalidad perinatal, esto logra explicarse ya que el Centro de Salud de Camoapa no cuenta con la presencia de una unidad de cuidados intensivos neonatales y los médicos se ven obligados a trasladar a los neonatos a una unidad de mayor resolución.

La cesárea se ha asociado con la disminución de la mortalidad perinatal ^(5, 11), sin embargo en los resultados del estudio encontré que estas aumentaron 7 veces el riesgo de mortalidad, esto puede deberse a que el Centro de Salud de Camoapa no cuenta con un quirófano obstétrico, muchas pacientes se presentan en la unidad de salud en trabajo de parto y hasta este ese momento se identifican problemas maternos y/o fetales que ameritan una intervención cesárea, la paciente debe ser trasladada al Hospital del municipio de Boaco, elevando así un mal pronóstico ya que la intervención no se realizó al momento adecuado. Además, la mortalidad debido a la operación cesárea es muy difícil de establecer ya que generalmente no puede diferenciarse de la causa que determinó la indicación de la cirugía. ⁽²⁴⁾

La depresión neonatal es factor de riesgo conocido de mortalidad perinatal ^(4, 11, 22) y los resultados de este estudio revelan que es el que tiene mayor fuerza de asociación, cabe señalar que el centro de salud Camoapa no cuenta con UCI neonatal, el personal podría estar poco entrenado en el manejo y los medios de transporte al momento de un traslado de un neonato con depresión no son los más óptimos.

CONCLUSIONES

1. Entre las características demográficas identificadas como factores de riesgo se encuentran:

- La edad mayor o igual de 35 años,
- el analfabetismo,
- y el estado civil soltera.

2. De las características obstétricas preconcepcionales solo la multiparidad se identificó como factor de riesgo.

3. Del total de casos de mortalidad perinatal solamente el 30% fue clasificado como Alto Riesgo Obstétrico.

4. Respecto al acceso a los servicios de salud, el parto domiciliar se identificó como factor que aumenta 34 veces más el riesgo respecto a los que tuvieron acceso a la atención del parto institucional.

5. Entre los eventos del parto y del recién nacido se identificaron como factores de riesgo:

- El parto pretérmino,
- las distocias de presentación,
- y la depresión neonatal.

6. Las tres principales causas de muerte perinatal encontradas fueron:

- El Sufrimiento Fetal Agudo,
- la asfixia neonatal,
- y la malformación congénita.

RECOMENDACIONES

1. Clasificar adecuadamente el riesgo obstétrico, resaltando en el expediente los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos con el fin de identificar a la paciente como alto riesgo obstétrico o no desde su captación.
2. Realizar el llenado de hoja de traslado de pacientes del área rural garantizando una copia de este a la paciente y una al expediente, y programar visitas a las pacientes que se les realizó traslado para prevenir que el parto de esta sea domiciliar.
3. Plasmar claramente el examen clínico realizado a la paciente en cada Control Prenatal para la oportuna identificación de distocias de presentación; y conozca y maneje adecuadamente los signos de peligro del embarazo, parto y puerperio.
4. Garantizar equipo de reanimación neonatal completo y en buen estado. Además el personal capacitado para su manejo debería estar disponible todos los días incluyendo fines de semana.
5. Promocionar la planificación familiar en y dar seguimiento a las pacientes para valorar el cumplimiento de las normas establecidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gispert R, Barés MA; Puigdefàbregas A; Grupo Consenso. **La mortalidad evitable revisitada: revisión del estado de situación y consenso de la lista de causas.** Gac Sanit. 2006; 20:184-93.
2. MINISTERIO DE SALUD. **Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido/a de Bajo Riesgo.** Dirección General de Servicios de Salud. Managua, Nicaragua. Mayo de 2008.
3. Feres, Juan Carlos; Mancero, Xavier. **El método de las necesidades básicas insatisfechas y sus aplicaciones en América Latina.** División de Estadística y Proyecciones Económicas. Santiago de Chile. 2001.
- 4 Montenegro, Roberto Ramón. **Factores de riesgo asociados a Mortalidad perinatal en adolescentes en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de Julio del 2000 a Junio del 2002.** UNAN – Managua, Nicaragua. 2002 [Tesis doctoral]
5. Kochenour, Neil K: Cuidados prenatales y embarazo normal. En Scout JR et al: **Tratado de obstetricia y ginecología de Danforth.** 6ª ed. Interamericana McGraw-Hill. México 1994.
6. Black Robert E, Morris Saul S, Bryce J. **Where and why are 10 million children dying every year?** Lancet 2003; 361: 2226–34. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore. USA, 2003.
7. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP [página en Internet]. Montevideo: CLAP; **Estadísticas de la Región de América Latina y Caribe** [Fecha de acceso: 29 de Marzo de 2009] URL Disponible en: http://www.clap.opsoms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/index.htm

8. Yáñez, María Rebeca Coordinación general. Revista Desafíos. **Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio. La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas.** Número 6. Publicación de las Naciones Unidas. Santiago de Chile. Diciembre de 2007.
9. Duff, Gillespie. Child Health Research Project special report. **Reducing perinatal and neonatal mortality.** Report of a Meeting Baltimore. 1999 May 10-12; 3 (1):50.
10. Lawn J, McCarthy BJ, Ross SR. The unheard cry for newborn health. En: **The healthy newborn: a reference manager for program managers** [CD-ROM]. CDC/WHO and CARE 2001. Atlanta. USA (Pt 1): p. 1- 64.
11. Schwarcz, Ricardo L. **Obstetricia Schwarcz, Sala, Duverges.** 5ª ed., Buenos Aires: El Ateneo, 2000. p: 147-148.
12. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. **Salud Perinatal.** Boletín Perinatal, Vol.6, Nº 16. Montevideo, Uruguay, 1998.
13. Faneite, Pedro; Delgado, Patricia; Sablone, Sonia et al. **En cuánto contribuye el embarazo de riesgo a la mortalidad perinatal?** Rev Obstet Ginecol Venez, Junio 2003, Vol. 63, No. 2, Pág. 61-66 ISSN 0048-7732.
14. Kliegman, Robert M: El feto y el recién nacido. En: **Nelson tratado de pediatría.** Behrman RE, Kliegman RM, Harbin AM y Nelson WE editores. 15ª edición. Mcgraw hill interamericana. México, DF. 1997. Pág. 541-544
15. Ministerio de Salud. Dirección de vigilancia epidemiológica [Página en Internet] Nicaragua. **Sala de situación- Gráficos cronológicos: Muerte neonatal/óbito fetal.** [Fecha de acceso: 01 de Octubre de 2009] URL disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/vigepi/html/sala.html>

16. Cabezas Elizondo, Sonia. **Parto pretérmino: Factores de riesgo y mortalidad neonatal. Junio 1997- Junio 2002.** Hospital Bertha Calderón. UNAN-Managua, Nicaragua. 2002.[Tesis doctoral]
17. Donabedian, A. **Aspects of Medical Care Administration.** Cambridge, MA: Harvard University Press. 1973.
18. Dammert, Ana Cecilia. Investigaciones breves 18. **Acceso a servicios de salud y mortalidad infantil en el Perú.** Grupo de análisis para el desarrollo, Consorcio de investigación económica y social. 2003.
19. Forote, Renata. **The effects of breastfeeding and birth spacing on infant and child mortality in Bolivia.** En: **Population studies, volume 48, Issue 3,** November 1994, Pág. 497- 511.
20. Perú. Instituto nacional de estadística e informática. **Perú: Mortalidad infantil, pobreza y condiciones de vida. Encuesta Nacional de hogares 2000 (ENAHO) INEI;** Lima, 2000.
21. Grupo WHO. **ICD – 10. International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth Revision, Volume 2, Second Edition.** World Health Organization. Genova 2004.
22. Ochoa, José Francisco; Ruiz, Francisco José. **Factores asociados a mortalidad perinatal. Hospital Regional Asunción, Enero 1998 – Diciembre 2002. Juigalpa, Chontales.** UNAN – Managua. Nicaragua 2003. [Tesis doctoral]
23. ENDESA. Boletín Epidemiológico No. 34 (Del 17 al 23 de Agosto del 2,003). **Situación de Mortalidad Perinatal en Nicaragua.** Managua, Nicaragua. Ministerio de Salud; 2,003 11p. ilus, tab. Graf.

24. Mejía S., Hector. **Factores de Riesgo para muerte Neonatal. Revisión Sistemática de la Literatura (Risk factors for neonatal death. Systematic review of the literature)**. Rev. Soc. Bol. Ped. 2000 39 (3) 104 - 117.

ANEXOS

Cuadro 3. Características demográficas de mujeres atendidas en el Centro de Salud de Camoapa en el período comprendido de Enero 2005 a Diciembre 2008.

Variable	Grupos			
	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Edad				
15- 19 años	11	7.3	71	47.3
20- 34 años	33	22	27	18
35- 49 años	6	4	2	1.4
Talla				
≤ 150 cm.	8	5.3	29	19.3
≥ 151 cm.	42	28	71	47.4
Procedencia				
Urbana	16	10.7	50	33.3
Rural	34	22.7	50	33.3
Escolaridad				
Analfabeta	20	13.3	18	12
Primaria	24	16	46	30.7
Secundaria	5	3.3	36	24
Superior	1	0.7	0	0
Estado civil				
Soltera	16	10.7	13	8.7
Acompañada	31	20.7	72	48
Casada	3	2	15	10

Fuente: Secundaria. Expedientes clínicos. CS Camoapa. Enero 2005 – Diciembre 2008

Cuadro 4. Características obstétricas de mujeres atendidas en el Centro de Salud de Camoapa en el período comprendido de Enero 2005 a Diciembre 2008.

Variable	Grupos			
	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Paridad				
Primigesta	18	12	67	44.7
Bigesta y Trigesta	13	8.6	27	18
Multigesta (4 a más)	19	12.7	6	4
Antecedentes de Aborto				
Sí	5	3.3	9	6
No	45	30	91	60.7
Cesárea Anterior				
Sí	2	1.3	2	1.3
No	48	32	98	65.4
Muerte perinatal previa				
Sí	5	3.3	0	0
No	45	30	100	66.7
Período intergenésico				
Ninguno	18	12	67	44.6
Menor de 1 año	4	2.7	6	4
Mayor de 1 año	28	18.7	27	18

Fuente: Secundaria. Expedientes clínicos. CS Camoapa. Enero 2005 – Diciembre 2008

Cuadro 5. Antecedentes personales patológicos y no patológicos de mujeres atendidas en el Centro de Salud de Camoapa de Enero 2005 a Diciembre 2008.

Variable	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Anteced. Pers. No Patológicos				
Tabaquismo				
Sí	0	0	0	0
No	50	33.3	100	66.7
Alcoholismo				
Sí	0	0	0	0
No	50	33.3	100	66.7
Drogas				
Sí	0	0	0	0
No	50	33.3	100	66.7
Ant. Personales Patológicos				
Hipertensión Arterial				
Sí	0	0	3	2
No	50	33.3	97	64.7
Diabetes Mellitus				
Sí	0	0	0	0
No	50	33.3	100	66.7
Cardiopatías				
Sí	0	0	0	0
No	50	33.3	100	66.7
Asma				
Sí	0	0	1	0.7
No	50	33.3	99	66
Epilepsia				
Sí	0	0	0	0
No	50	33.3	100	66.7
Lupus Eritematoso Sistémico				
Sí	0	0	0	0
No	50	33.3	100	66.7

Fuente: Secundaria. Expedientes clínicos. CS Camoapa. Enero 2005 – Diciembre 2008

Cuadro 6. Accesibilidad a los servicios de salud en mujeres atendidas en el Centro de Salud de Camoapa en el período comprendido de Enero 2005 a Diciembre 2008.

Variable	Grupos			
	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
No. de Controles Prenatales				
Ninguno	5	3.3	2	1.3
1- 3	23	15.3	25	16.7
≥ 4	22	14.7	73	48.7
Lugar de ocurrencia del Parto				
Domiciliar	13	8.7	1	0.6
Institucional	37	24.7	99	66
Otros	0	0	0	0

Fuente: Secundaria. Expedientes clínicos. CS Camoapa. Enero 2005 – Diciembre 2008

Cuadro 7. Estado de salud de la mujer durante la gestación en la ocurrencia de la mortalidad perinatal en el Centro de Salud de Camoapa en el período comprendido de Enero 2005 a Diciembre 2008.

Variable	Grupos			
	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Emergencia Obstétrica o Agudización de enfermedad Crónica				
Si	5	3.3	2	1.3
No	45	30	98	65.4

Fuente: Secundaria. Expedientes clínicos. CS Camoapa. Enero 2005 – Diciembre 2008

Cuadro 8. Eventos del período del parto de mujeres atendidas en el Centro de Salud de Camoapa y el neonatal precoz.

Variable	Grupos			
	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Edad Gestacional				
22- 36 6/7 SG	29	19.3	12	8
37- 41 6/7 SG	18	12	88	58.7
Mayor de 42 SG	3	2	0	0
Tipo de Parto				
Eutósico	32	21.3	95	63.3
Distócico	18	12	5	3.4
Vía del Parto				
Vaginal	38	25.3	96	64
Cesárea	12	8	4	2.7
Depresión Neonatal				
Normal	10	6.7	95	63.4
Leve- Moderada	2	1.3	5	3.3
Depresión Severa	38	25.3	0	0
Malformación Congénita				
Si	11	7.3	0	0
No	39	26	100	66.7
Infección Neonatal				
Si	5	3.3	0	0
No	45	30	100	66.7

Fuente: Secundaria. Expedientes clínicos. CS Camoapa. Enero 2005 – Diciembre 2008

Cuadro No. 9 Factores de riesgo asociados a mortalidad perinatal en mujeres atendidas en el centro de Camoapa en el período Enero 2005 a Diciembre 2008.

Factor de riesgo	OR	IC 95%	Valor de P
Edad 15 – 19 años	0.12	0.05 – 0.27	0.0000000
Edad ≥35 años	<u>6.68</u>	<u>1.15 – 50.06</u>	<u>0.0104408</u>
Talla ≤150 cm.	0.47	0.18 – 1.19	0.0826828
Procedencia rural	2.13	0.99 – 4.61	0.0369244
Analfabetismo	<u>3.04</u>	<u>1.33 – 6.99</u>	<u>0.0036060</u>
Estado civil Soltera	<u>3.15</u>	<u>1.27 – 7.86</u>	<u>0.0056320</u>
Paridad ≥ 4 emb.	<u>9.6</u>	<u>3.24 – 29.82</u>	<u>0.0000008</u>
Antecedentes de Aborto	1.12	0.31 – 3.96	0.8431950
Antecedentes de Cesárea	2.04	0.20 – 21.07	0.4750203
Período intergenésico corto (≤ 1 año)	1.36	0.30 – 5.82	0.6445372
No realización de Controles Prenatales	5.44	0.89 – 42.32	0.0290738
Parto domiciliario	<u>34.78</u>	<u>4.47 – 737.08</u>	<u>0.0000008</u>
Emergencia Obstétrica o Agudización de enfermedad Crónica	5.44	0.89 – 42.32	0.0290738
EG 22- 36 6/7 SG	<u>10.13</u>	<u>4.14 – 25.27</u>	<u>0.0000000</u>
Parto Distócico	<u>10.69</u>	<u>3.37 – 36.12</u>	<u>0.0000007</u>
Vía del Parto Cesárea	<u>7.58</u>	<u>2.09 – 29.96</u>	<u>0.0001929</u>
Depresión Neonatal Apgar ≤ 7 puntos.	<u>76</u>	<u>21.97 – 285.43</u>	<u>0.0000000</u>

Cuadro 10. Causas de mortalidad perinatal en mujeres atendidas en el centro de salud Camoapa en el período comprendido de Enero de 2005 a Diciembre de 2008.

Causa	Número	Porcentaje
Anencefalia	4	8
Asfixia neonatal	12	24
Cardiopatía congénita	1	2
Choque séptico	3	6
Hemorragia intracraneala	1	2
Incompatibilidad ABO	2	4
Insuficiencia placentaria	1	2
Malformación congénita	6	12
Óbito Fetal	2	4
Síndrome membrana hialina	5	10
Sufrimiento fetal agudo	12	24
Sufrimiento fetal crónico	1	2
Total	50	100

Fuente: Secundaria. Expedientes clínicos. CS Camoapa. Enero 2005 – Diciembre 2008

Cuadro 11. Contribución relativa a la mortalidad perinatal en grupos de bajo y alto riesgo obstétrico en el Centro de salud Camoapa, Enero de 2005 a Diciembre de 2008

Riesgo Obstétrico	Mortalidad Perinatal	
	Casos	%
Alto	15	30
Bajo	35	70
Sin	0	0
Total	50	100

Fuente: Secundaria. Expedientes clínicos. CS Camoapa. Enero 2005 – Diciembre 2008

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN León

Factores asociados a mortalidad perinatal en mujeres atendidas en el centro de salud de Camoapa- Boaco, 2005 –2008.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

No. Expediente: _____ **Nº Ficha:** _____

I. Datos demográficos y obstétricos de la madre:

Demográficos

Edad: _____ Talla: _____

Procedencia:

a) Urbana _____ b) Rural _____

Escolaridad:

a) Analfabeta _____ b) Primaria _____

c) Secundaria _____ d) Superior _____

Estado civil:

a) Soltera _____ b) Casada _____ c) Acompañada _____

Obstétricos

Gestas _____ Abortos _____

Cesárea anterior _____ Antecedentes de muerte perinatal _____

Período intergenésico _____

Antecedentes personales

No patológicos:

Tabaquismo _____ Alcoholismo _____ Drogas _____

Patológicos:

HTA_____ DM_____ Cardiopatías_____ Asma_____

Epilepsia_____ Lupus_____

II. Accesibilidad a los servicios y estado de salud de la embarazada:

No. de Controles prenatales_____

Lugar de ocurrencia del parto_____

Presencia de emergencia obstétrica o agudización de enfermedad crónica_____

III. Eventos del parto y el período neonatal precoz:

Edad gestacional _____

Tipo de Parto _____

Vía del parto _____

Depresión neonatal _____

Malformación congénita _____

Infección neonatal _____

Causa de muerte _____