

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA GENERACION 2009-2011**



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

**FACTORES BIOLÓGICOS, SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS DE LA
MORTALIDAD PERINATAL DEL MUNICIPIO DE SAN MIGUEL REGISTRADA
EN EL HOSPITAL REGIONAL, OCTUBRE 2010 A AGOSTO 2011.**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE:
MAESTRO/A EN SALUD PÚBLICA.**

**PRESENTADO POR:
ESPINOZA MONTOYA, TANIA TERESA
FLORES PANIAGUA, RUDY ALEXANDER**

**ASESOR DE TESIS:
MSP. MARTINEZ MENDOZA, JORGE ALBERTO**

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO

RECTOR

LICENCIADA ANA MARIA GLOWER DE ALVARADO

VICE-RECTORA ACADEMICA

LICENCIADA ANA LETICIA ZAVALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

LICENCIADO CRISTOBAL HERNAN RÍOS BENITEZ

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DIAZ

VICE-DECANO

LICENCIADO JORGE ALBERTO ORTEZ

SECRETARIO

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por haberme permitido finalizar esta meta, dando sabiduría, fortaleza y gracias espirituales para lograr este objetivo y permitirme con estos conocimientos adquiridos ayudar a otros a tomar decisiones certeras e implementar mejores intervenciones que beneficien a los más necesitados

A mi madre:

Rosa Cándida Montoya por su apoyo y comprensión incondicional demostrándomelo diariamente con amor, ternura y paciencia en todo momento

A mis hermanas:

Rhossy y Nuria Espinoza, por su amor fraterno y apoyo que siempre me han brindado en los momentos que más lo he necesitado

Tania Espinoza.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO:

Por haberme dado la sabiduría y la fortaleza para que fuera posible alcanzar este triunfo.

A MI MADRE:

Violeta Mabel Paniagua Cañas, por su AMOR, su apoyo y su dedicación; que en este primer año de su ausencia física mantiene desde el cielo.

A MI PADRE:

Oscar Flores Vásquez, por su apoyo incondicional, por toda la ayuda que me ha brindado para salir adelante.

A MIS HERMANAS Y SOBRINAS:

Julita, Claudia, Maybel y Violeta, por su cariño, apoyo y comprensión para superar tantos momentos difíciles.

A MI COMPAÑERA DE TESIS Y SU HERMANA:

Tania y Rhossy, por todo el tiempo compartido a lo largo de la carrera y por su apoyo para el desarrollo de la tesis.

A TODOS MIS FAMILIARES Y AMIGOS:

Que de una u otra manera estuvieron pendientes a lo largo de este proceso, brindando su apoyo incondicional.

Rudy Alexander Flores Paniagua.

ÍNDICE

Capítulo	Pág.
RESUMEN EJECUTIVO	<i>i</i>
1.- INTRODUCCIÓN.....	<i>iii</i>
2.- ANTECEDENTES.....	1
3.- JUSTIFICACIÓN.....	4
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
5.- OBJETIVOS.....	8
6.- MARCO REFERENCIAL.....	9
7.- DISEÑO METODOLÓGICO	24
8.- RESULTADOS	31
9.- DISCUSIÓN.....	43
10.- CONCLUSIONES.....	47
11.-RECOMENDACIONES.....	48
11.- BIBLIOGRAFIA.....	51
12.- ANEXOS.....	54

RESUMEN EJECUTIVO

La investigación de La Mortalidad Perinatal es importante para evaluar la eficiencia de los procesos de intervención, mejorarlos e innovar otros, con el fin de lograr una disminución de los indicadores de impacto, que reflejan desde el punto de vista general, el nivel de salud de una población.

La mortalidad perinatal a nivel mundial se ha mantenido sin cambios en las últimas décadas y sin embargo ocupa el primer lugar como causa de muerte infantil, por lo que debe ser considerada como problema prioritario de Salud Pública.

La mortalidad perinatal puede reflejar deficiencias de la madre como del hijo tanto a nivel comunitario como nivel institucional de salud por lo que su investigación puede sacar a la luz factores que pudieran haber contribuido al desarrollo o no de su deceso. Los resultados en la investigación evidencian la necesidad de intervenciones para prevenir muertes similares en el futuro.

En la Región Oriental de nuestro país durante el primer semestre del 2010, el número de casos de mortalidad perinatal fue de 140 casos; correspondiendo 48 casos al Municipio de San Miguel.

La investigación tomo en cuenta factores biológicos, socioeconómicos y culturales como principales desencadenantes en la mortalidad perinatal en el municipio de San Miguel, ejecutado de una forma descriptiva y transversal de casos registrados en el Hospital Nacional Regional del San Juan de Dios de San Miguel en el periodo de octubre 2010-agosto 2011 con un tamaño de muestra representativa del universo de casos registrados en dicho periodo.

De acuerdo al análisis en estudio para la mortalidad perinatal los factores desencadenantes son los biológicos, socioculturales y económicos.

En nuestro estudio observamos buena promoción en salud por parte de las Instituciones que acogieron a la mujer durante su gestación como en su atención al parto; buen trato hacia la usuaria y buena disponibilidad de ellas en los distintos niveles de atención en salud.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación trata sobre mortalidad perinatal. La muerte de un feto o neonato representa la existencia de deficiencias o interrupciones en el cuidado de su madre durante el embarazo ya sea en el hogar como fuera de él. Al determinar las causas biológicas de la muerte obtenemos información sobre el tipo de tratamiento que pudiera haber ayudado a evitar tal deceso. La información sobre el cuidado que la madre recibió durante el embarazo y parto sirve para poner en evidencia las dificultades para conseguir el tratamiento necesario; la investigación de las muertes perinatales también puede sacar a la luz factores socioculturales y económicos que pudieran haber contribuido a la mortalidad. Los resultados de dicha investigación evidenciarán la necesidad de intervenciones para prevenir muertes similares en el futuro.

Además el proceso de Vigilancia de la Mortalidad Perinatal es útil para obtener la información necesaria que permita establecer prioridades respecto a los problemas de salud, tomar decisiones sobre políticas, asignar recursos y determinar las intervenciones y objetivos del programa que se desarrolle al respecto.

El investigar las muertes perinatales en colaboración con la comunidad local, constituye un estímulo a individuos, familia y comunidad para que colaboren con los funcionarios de salud para superar los problemas que se identifiquen. Por otra parte, el seguimiento que se haga de dichas investigaciones puede llevar a identificar tendencias y decidir si se necesita hacer intervenciones adicionales en los programas de salud.

Se recomienda al ente rector dar seguimiento en cuanto a la promoción y prevención en la mujer en edad fértil desde su pubertad hasta la edad adulta;

mayor monitoreo al personal implicado en la atención directa de la usuaria con o sin enfermedades crónico degenerativas así también debe abastecer de insumos y papelería, planes de supervisión y el Primer Nivel de Atención del Municipio de San Miguel debe formar comités y divulgar el programas que integren la atención de Salud Sexual y Reproductiva y sus subcomponentes, la situación de la vigilancia de la salud Materno Infantil a la mujer en edad fértil.

ANTECEDENTES.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que la mortalidad ligada al embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil. Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida, de estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurren en países en vías de desarrollo. La mortalidad perinatal se ha mantenido sin cambios en las últimas décadas y ocupa el primer lugar en la defunción infantil, por lo que debe ser considerada como problema prioritario de Salud Pública.¹

Por otro lado, a nivel mundial la mortalidad en menores de 5 años se ha mantenido en un descenso constante desde 1990 a 2005, pasando de 13 millones a 9,2 millones.

Sin embargo, las muertes estimadas en el periodo neonatal en 2004 (periodo desde el nacimiento y los primeros 28 días de vida) fueron cerca de 3,7 millones. De las cuales 2.8 millones corresponden al periodo neonatal temprano (desde el nacimiento a los primeros 7 días de nacido). Para el mismo año, el número total de muertes perinatales, (mortinatos y las muertes neonatales tempranas), fue de 5,9 millones, de estos cerca de 3 millones nacieron muertos.

Los patrones regionales de muertes neonatales están estrechamente relacionados con la morbilidad y la mortalidad materna. Los índices más bajos se dan en los países industrializados. El aumento de la proporción de muertes neonatales refleja dos factores claves: la dificultad de llegar mediante intervenciones neonatales eficaces y oportunas a muchos bebés que nacen en el hogar, y el éxito de numerosos países en lo que se refiere a la aplicación de intervenciones como la inmunización, que han reducido enormemente el número de muertes postnatales en el conjunto del mundo en desarrollo.

¹ Weekly Epidemiological Record, #24, June 16, 1989. WHO.

En un estudio de Mortalidad perinatal realizado por La Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, Colombia encontraron como apoyo para el análisis de los casos los siguientes factores de riesgo para mortalidad perinatal:

A Nivel Institucional

- Captación tardía de la gestante.
- Adhesión inadecuada de la gestante al control prenatal.
- Carencia de programas orientados a la atención de la gestante con criterio de riesgo.
- Inaccesibilidad a servicios con calidad, oportunidad y eficiencia.

A Nivel Individual

Directos:

- Periodo intergenésico.
- Antecedentes de abortos.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Presencia de ETS y otras enfermedades infecciosas (rubéola, sarampión, etcétera) durante la gestación.
- Antecedentes familiares de anomalías congénitas.
- Consulta tardía para la atención del recién nacido.

Indirectos:

- Condiciones socioeconómicas, culturales y educativas de la gestante.
- Aceptación social e individual de la gestación.
- Comportamientos nocivos de la gestante (drogadicción, alcoholismo, consumo de cigarrillo, etcétera).

La tasa de mortalidad perinatal de El Salvador es de 19 por mil embarazos viables para el año 2008, y son los mortinatos los que representan el 63% de dicha estimación. La tasa de mortalidad neonatal temprana (0 a 7 días) representa poco más de tres cuartas partes de la tasa de mortalidad neonatal (7 de 9 por mil), lo

que significa que la mortalidad neonatal temprana viene a ser el componente más importante de la mortalidad infantil. Según La Encuesta Nacional de Salud Familiar de 1998 FESAL-98), se observa una reducción de 7 muertes por mil en el período perinatal, pero con una mayor proporción de mortinatos en FESAL 2008, en comparación con FESAL-98 y FESAL-2002/03. El descenso en la mortalidad perinatal se debe principalmente a la reducción de la mortalidad neonatal temprana.

En la Región Oriental de nuestro país durante en el primer semestre del 2010, el número de casos de mortalidad perinatal fue de 140 casos.

CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD PERINATAL	
La muerte fetal de causa no especificada	44.3 %
Otras causas	20.7 %
Prematurez extrema	7.9%
Terminación del embarazo, feto y recién nacido	7.1%
Malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas en otras	3.6%
Síndrome de Dificultad respiratoria del recién Nacido	3.6 %
Aspiración Neonatal de Meconio	3.6 %
Feto y recién nacido afectado por otra anomalías morfológicas y funcionales de la placenta y las no especificadas	2.9%
Otros recién nacidos pre término	2.9%
Hipoxia intrauterina no especificada	2.1%
Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	1.4%

Fuente: MINSAL, Región Oriental causas principales de mortalidad perinatal primer trimestre 2010.

En el departamento de San Miguel durante el primer semestre de 2010, el número de casos de mortalidad perinatal fue de 48 casos, con una tasa de 13.4%.

JUSTIFICACIÓN

La mortalidad perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en la infancia. Estas muertes son consideradas indicadores universales tanto de condiciones de vida, como de la calidad y acceso a los servicios de salud.

Un factor importante que atenta contra la vida del ser humano es la muerte perinatal, tal vez por descuido de la madre en el periodo de gestación, tal vez por los factores de alto riesgo que en el medio ambiente se desarrollan, o por negligencia médica este problema que le concierne a toda la humanidad no muestra piedad sobre todo en las zonas subdesarrolladas del mundo.

El conocimiento de la mortalidad perinatal es de gran importancia, nos proporciona una imagen del nivel de desarrollo y calidad de salud de los pueblos, mide el estado de salud del producto de la concepción durante los últimos meses de vida intrauterina y los primeros 7 días de vida extrauterina.

El periodo perinatal tiene una influencia decisiva en la calidad de vida del individuo, en el desarrollo físico, neurológico y mental, condicionando su futuro. La tasa de mortalidad perinatal de El Salvador para el 2008 es de 19 por mil embarazos viables, y son los mortinatos los que representan el 63% de dicha estimación.

La tasa de mortalidad neonatal temprana (0 a 7 días) representa poco más de tres cuartas partes de la tasa de mortalidad neonatal (7 de 9 por mil), lo que significa que la mortalidad neonatal temprana viene a ser el componente más importante de la mortalidad infantil. Según FESAL-98, se observa una reducción de 7 muertes por mil en el período perinatal, pero con una mayor proporción de mortinatos en FESAL 2008, en comparación con FESAL-98 y FESAL-2002/03. El descenso en la mortalidad perinatal se debe principalmente a la reducción de la mortalidad neonatal temprana.

La etapa perinatal es la más crítica de la vida y la que presenta mayor riesgo de enfermar y morir.

Esta realidad nos plantea la necesidad de realizar este estudio a nivel hospitalario y local, con el objetivo de identificar factores de riesgo responsables de la Mortalidad Perinatal en el Municipio de San Miguel, utilizando información del Sistema Informático Perinatal de hospitales del Ministerio de Salud (MINSAL).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La muerte perinatal acecha desde el momento en que se nace, aún antes de nacer. Esto es una realidad y no sólo debe verse al niño bajo el enfoque de la protección materno-infantil, sino con criterios humanos donde los recursos en salud y educación deben ser usados para tomar acciones concretas como paso previo para fijar objetivos prioritarios en salud pública.

El periodo perinatal tiene una influencia decisiva en la calidad de vida del individuo, en el desarrollo físico, neurológico y mental, condicionando su futuro.

La OMS informa que la mortalidad ligada al embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil; en el Perú representa el 56% (3). Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida, de estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurren en países en vías de desarrollo. La mortalidad perinatal se ha mantenido sin cambios en las últimas décadas y ocupa el primer lugar como causa de muerte infantil, por lo que debe ser considerada como problema prioritario de Salud Pública.

Muchas embarazadas que reciben una asistencia inadecuada corren el riesgo de sufrir complicaciones perinatales debido a factores de riesgo, como: baja escolaridad, edad materna 35 años a más, antecedente de muerte fetal, corto período intergenésico, multiparidad, ausencia de control prenatal, presentación anómala, patología materna y neonatal, bajo peso al nacer, prematuridad, desnutrición intrauterina, Apgar² bajo al minuto y 5 minutos y para conseguir una atención de calidad se necesitan profesionales competentes y una coordinación y cobertura de servicios entre los diferentes niveles de atención. Es conveniente el uso racional de la tecnología y de las intervenciones médicas que se realizan con

² Puntaje diseñado originalmente por la Dra. Virginia Apgar; es la expresión numérica de la condición del recién nacido en los primeros minutos de vida extrauterina.

la finalidad de disminuir la mortalidad perinatal, ya que todas conllevan riesgo de complicación. En sistemas de salud donde no existen programas de evaluación de la calidad de atención, los errores en la aplicación de la tecnología ocurren de manera más frecuente, y colocan en una situación más crítica a los recursos para la salud de por sí ya limitados en países en desarrollo.

Para evitar esto es necesario enfrentar la mortalidad perinatal mediante un programa nacional y regional, que esté relacionado con las condiciones socioeconómicas y de educación, patologías difíciles de identificar y manejar, como la amenaza del parto pretérmino y patologías hipertensivas, falta de estímulo a la consulta prenatal, necesidad de establecimiento de sistemas referenciales de embarazos de alto riesgo a centros bien dotados con personal bien entrenado y recursos para la atención de la madre y su neonato.

PROBLEMA.

Por todo lo anterior nos fue importante realizar el presente estudio de ¿Cuáles son los Factores Biológicos, cultural/educativo y socioeconómicos de la madre que influyen en el desarrollo normal del embarazo que termina en una muerte perinatal?

OBJETIVOS

Objetivo General:

- ✓ Identificar los factores biológicos, cultural/educativo y socioeconómicos que influyen en la mortalidad perinatal en el Municipio de San Miguel en el periodo de octubre 2010 a agosto 2011.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar sobre factores de riesgo biológicos que afectan la mortalidad perinatal.
- ✓ Conocer si los factores cultural/educativos influyen en la mortalidad perinatal.
- ✓ Identificar los factores socioeconómicos del grupo familiar que están relacionados con la mortalidad perinatal.

MARCO REFERENCIAL.

Mortalidad Perinatal.

Es la proporción de defunciones perinatales en el total de nacimientos. Las defunciones perinatales normalmente incluyen las defunciones de fetos de 28 semanas o más de gestación (también conocidos como mortinatos u óbito fetal) y defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida. El total de nacimientos incluye las defunciones fetales de 28 semanas de gestación más el número de nacidos vivos, o sea, todos los nacimientos después de 28 semanas de gestación (nacidos vivos más mortinatos).

La OMS recomienda el uso de un límite de 22 semanas o 500 gramos. Estos límites deben utilizarse en la medida de lo posible. Una tasa de mortalidad perinatal que incluye defunciones fetales de 22 semanas o más es mayor que una tasa de mortalidad perinatal que usa como límite 28 semanas

Una muerte perinatal es el resultado final de la interacción de una serie de factores presentes en el proceso de gestación. El componente social se destaca entre ellos, específicamente en lo relacionado con el acceso económico, educativo, legal o familiar de la madre, así como la oportunidad y eficiencia de los servicios de salud.

Aunque hay variaciones según los países y el desarrollo de la neonatología, alrededor de un 30 a 60% de las muertes neonatales son causadas por los neonatos de menos de 1500 gr. Y entre el 60 a 80% de todas las admisiones a las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal están condicionadas por problemas derivados de la prematurez.³

³ Ventura-Junca, Dr. Patricio. Prematuridad y bajo peso al nacimiento. Manual de Pediatría. Ministerio de salud de Chile, 1990. P. 48.

¿Qué mide la mortalidad perinatal?:

La mortalidad perinatal es un indicador de impacto importante que puede ser usado a nivel internacional, nacional y local si la población es suficientemente grande. Refleja directamente la atención prenatal, intraparto y neonatal y por lo tanto sirve como demarcador de la calidad del servicio de salud materno-infantil. También refleja la salud materna, la condición de la nutrición materna y el entorno en que vive la madre. Las tasas decrecientes a través del tiempo son deseables. Las tasas crecientes pueden reflejar un verdadero deterioro de la calidad de los servicios o del acceso a los servicios. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las mejoras en el conteo y/o registro de defunciones fetales también pueden producir un aumento aparente en la tasa.

3. Cálculo:

La tasa de mortalidad perinatal se calcula de la siguiente forma:

$$TMP = \frac{\text{Número de defunciones perinatales}}{\text{Número total de nacimientos}} \times 1000$$

Datos requeridos: número de defunciones perinatales (nacidos muertos más defunciones neonatales en la primera semana de vida).

Número total de nacimientos o total de nacimientos estimados (una estimación gruesa puede obtenerse usando los nacidos vivos o la tasa bruta de natalidad X población)

MUERTE FETAL INTRAUTERINA

La Muerte Fetal Intrauterina constituye un problema para el obstetra y/o médico general, ya que representa el fracaso de su misión de control prenatal, de llegar al final del proceso reproductivo con un buen estado de salud madre/hijo.

Es importante llevar a cabo una correcta evaluación, tanto madre/hijo, que permita averiguar en lo posible la causa de la muerte del feto, a fin de dar la información suficiente a la pareja y que permita tomar decisiones con vistas a futuros embarazos.

La muerte fetal intrauterina es una de las complicaciones más trágicas y difíciles de enfrentar en la práctica obstétrica diaria.⁴ Ocurre con una frecuencia de aproximadamente 6 casos por cada 1000 nacidos vivos, y es responsable de la mitad de las muertes perinatales. El médico clínico se ve enfrentado a dos dilemas. El primero corresponde al estudio de la causa del problema actual, y el segundo, al manejo de una eventual gestación futura.

DEFINICIONES BÁSICAS⁵

- **Nacido vivo.** Es la expulsión completa o la extracción de su madre de un producto de concepción, independientemente de la duración del embarazo, y, el cual, después de dicha separación, respira o muestra cualquier otra evidencia de vida, tal como, latido del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento apreciable de los músculos voluntarios, aparte de que se haya cortado o no el cordón umbilical o la placenta permanezca unida. Por otra parte, cuando se trata de la expulsión de más de un producto de la concepción (nacimiento múltiple), cada uno constituye un acontecimiento separado, ya sea un nacimiento vivo o una defunción fetal.

- **Defunción fetal (óbito fetal).** Es la muerte de un producto de la concepción antes de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo. La defunción indica la circunstancia de que después de la separación, el feto no respira ni da otra señal de vida como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

⁴ Rojas E, Salas K, Oviedo G, Plenzky G. Incidencia y factores de riesgo asociados al óbito fetal en 2 hospitales venezolanos. Rev. chil. obstet. ginecol. 2006; 71(1):22-28.

⁵ <http://www.monografias.com/trabajos63/muerte-intrauterina/muerte-intrauterina.shtml>

Muerte fetal temprana (aborto): todas las muertes de fetos de menos de 20 semanas de gestación (corresponden aproximadamente a un peso de 500g o menos). La duración de la gestación se mide desde el primer día del último período menstrual normal. Se considera **feto viable** aquel que tiene un peso al nacer igual o superior a 500g Si tiene menos de 500g, se considera **aborto**.

Muerte fetal intermedia: fetos muertos con 20 o más semanas completas de gestación, pero menos de 28 (su peso suele estar comprendido entre 500 y 1000g).

Muerte fetal tardía: muertes fetales con 28 semanas completas de gestación o más (el peso fetal es mayor de 1000g).

La incidencia de la muerte fetal se ha reducido en los países desarrollados por implementación de políticas de salud adecuadas y por el desarrollo de normas específicas de manejo de las embarazadas de alto riesgo. Sin embargo, desde hace varios años su frecuencia ha permanecido estable.

La principal razón que explica este estacionamiento de las tasas, es el desconocimiento de las etiologías, favoreciéndose la repetición de la muerte fetal en las gestaciones siguientes. Para precisar la etiología de la muerte fetal, se requiere del estudio anátomo-patológico de la placenta y del feto.

Examen de líquido amniótico: De utilidad para el diagnóstico luego de la segunda mitad del embarazo. El líquido amniótico puede obtenerse por amnioscopia, amniocentesis u obtención del mismo por vagina si las membranas están rotas.

Si el feto ha muerto recientemente el líquido amniótico se encuentra teñido en distintas tonalidades de verde (meconio). En cambio si el líquido es sanguinolento (por el paso de la hemoglobina fetal al líquido amniótico) podemos presumir que han transcurrido varios días (signo de Baldi y Margulies).

ESTABLECER EL TIEMPO DE MUERTE RESPECTO AL NACIMIENTO

Debe estar basado en una combinación de datos clínicos y patológicos. Establecer el tiempo aproximado de muerte respecto al nacimiento, básicamente involucra ver si la muerte se produjo:

- a. In útero, antes del trabajo de parto
- b. Durante el trabajo de parto
- c. En el posparto; cada uno con una connotación diferente.

Las defunciones fetales también se dividen en intra y extra hospitalarias, si ocurrió antes o después de la atención hospitalaria.

A) SOSPECHA DE FETO MUERTO IN ÚTERO.

La defunción fetal anteparto ocurre antes que se inicien las contracciones del parto, habitualmente varios días antes. El feto muerto retenido, muestra claros signos de maceración (cambios de lisis tisular en ausencia de bacterias, pero en un medio líquido, que afectan tanto la piel como los órganos internos en general). Debido a que el cuerpo materno está a 37° C, se aceleran los fenómenos de autólisis (cambios fermentativos anaeróbicos que suceden en el cuerpo sin vida, por la acción de los enzimas celulares sin intervención bacteriana, la célula se destruye por la falta de oxígeno).

B) SOSPECHA DE MUERTE DEL PRODUCTO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

Debe tenerse en cuenta, que en un parto precipitado o inasistido se pueden causar lesiones traumáticas en la cabeza, el cuello y la espina cervical, especialmente en infantes con mala posición o con circulares de cordón.

La defunción fetal intraparto ocurre durante el trabajo de parto, y como el tiempo transcurrido entre la muerte y la expulsión es corto, por lo general aún no se ha iniciado el proceso de maceración.

Signos que se deben reconocer:

1-Las lesiones traumáticas causadas por parto precipitado o inasistido, particularmente en infantes con mala posición. Son lesiones que comprometen la cabeza incluyen el sangrado extracraneal, indicador de parto traumático (céfalo hematoma, caput succedaneum).

2-Si la asfixia provoca defecación intrauterina, el infante puede presentar meconio que suele encontrarse en el tracto respiratorio superior, en los pulmones o el estómago. La descripción externa mencionara, además de la coloración del vermix caseoso, la coloración del cordón umbilical y de las membranas. La mayor o menor impregnación de meconio nos hablará de sufrimiento fetal agudo o crónico.

3-Dentro la asfixia también encontramos los casos de circular de cordón, importante registrar si es simple, doble, etc. Constar el surco de estrangulación que produjo el cordón en el cuello y la longitud del cordón

4-Las fracturas de huesos, particularmente huesos largos (extremidades y las clavículas), pueden ser vistas también en partos traumáticos. No confundir con traumas causados por terceros.

5-Algunas malformaciones congénitas compatibles e incompatibles con la vida.

6-Es muy importante el estudio de la placenta por patología.

C) SOSPECHA DE MUERTE DEL PRODUCTO EN EL POSPARTO

En este tipo de muerte, se encuentran los partos que se produjeron fuera del servicio, y las madres vienen ya con un neonato muerto, planteándose la pregunta si fue o no muerte in útero, durante el parto o posparto.

Las madres primigestas, casi siempre muy jóvenes, que han ocultado el embarazo y atendido solas el parto, ocasionalmente pueden plantear este problema (Infanticidio). Se debe indagar:

- 1-El volumen de sangrado y el estado de la madre en el puerperio inmediato.
- 2-Evidencias de abandono u omisión de cuidados al bebé en esta etapa, manifiestos en el corte del cordón umbilical (nítido o desgarrado), su ligadura (o inexistencia).
- 3-La presencia o ausencia de vestido.
- 4-El intento de suministrar alimento o aseo del recién nacido.
- 5-Las causas iatrogénicas deben ser descartadas en aquellos casos en que el parto haya sido asistido por personal médico y/o paramédico (en casos de óbitos extrainstitucionales atendidos en otro centro).

CAUSAS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA

Causas fetales: Destaca que, desde el punto de vista clínico, un 44% de ellas corresponde a síndromes, es decir malformaciones múltiples; 34%, a malformaciones únicas, de las cuales la Anencefalia es la más frecuente. De esta forma, las malformaciones estructurales del feto son responsables del 75% de las causas fetales de muerte intrauterina.

Respecto de las otras etiologías fetales, siguen en frecuencia las disrupciones, es decir causas que involucran alteraciones en la formación normal del feto, pero que no son malformaciones propiamente dichas. Estas causas engloban a bandas amnióticas, transfusiones feto-fetales y otras anormalidades que ocurren en embarazos múltiples.

Sigue luego el grupo de las denominadas displasias, (no esqueléticas y esqueléticas). Más atrás en frecuencia, siguen las condiciones categorizadas como metabólicas, subgrupo que engloba principalmente a Hidrops de causa inmunológica, como Isoinmunización por Factor Rh o Antígenos irregulares.

Cuando se agrupan las causas según el factor etiológico primario más probable; el grupo de anormalidades esporádicas es el más prevalente, seguido por causas no determinadas y anomalías cromosómicas. Debe mencionarse, sin embargo, que este grupo presentará variaciones en los próximos años como consecuencia de un

mayor conocimiento de las bases moleculares de muchas de esas enfermedades. Es interesante que un 25% de las veces existe una alteración cromosómica, tal como el síndrome de Down o el de Turner, las dos entidades más frecuentemente descritas. En un 5% de las veces existe una anomalía Mendeliana (alteración en un gen único) relacionada, como Osteogénesis Imperfecta.

Desde un punto de vista global y empírico, existe 3% de riesgo de recurrencia cuando no existe una etiología conocida. 67% de los diagnósticos fetales tendrían una recurrencia del 8%, riesgos entre 3 y 25%, y un reducido número de condiciones (4%), logra alcanzar un riesgo tan alto como 25%.

Causas Placentarias-Cordón umbilical: Corresponde a la segunda categoría más frecuente según el centro de referencia de Wisconsin, y a la primera causa según la estadística informada en nuestro país. Las causas más frecuentes son de origen placentario (75%), seguidas por anomalías del cordón umbilical (25%). Las causas placentarias más frecuentes son: corioamnionitis (27% del total), seguida por desprendimiento de placenta normalmente inserta (23%), e infarto placentario (18%). Menos frecuente existen problemas atribuibles al cordón umbilical, tales como compresiones secundarias a nudos o circulares de cordón, rotura de vasos arteriales y trombosis de la arteria umbilical.

Respecto de la primera etiología, corioamnionitis, es interesante hacer notar que ella puede ser secundaria a lesiones de origen bacteriano (*Listeria Monocitogenes*, *Streptococo grupo B*) o viral (*Parvovirus*, *CMV*), eventos que, en forma reconocida, pueden ser causa inadvertida de muerte fetal.

En relación a las causas presuntamente placentarias, cabe destacar la transfusión feto materna. Normalmente, el volumen de sangre fetal que pasa a la madre en el parto es pequeño (<0.1 ml); sin embargo, excepcionalmente la hemorragia feto materna puede ser masiva. Si se analiza aquel subgrupo de muertes fetales de causa no precisada, hasta un 10% de ella puede ser debida a esta condición. Su diagnóstico puede precisarse mediante el Test de Kleihauer Betke. El Kleihauer-Betke ("KB") la prueba , Kleihauer-Betke ("KB") tinción o la prueba de Kleihauer ,

es un examen de sangre utilizado para medir la cantidad de hemoglobina fetal transferido de un feto de una madre torrente sanguíneo .

Causas de Origen Materno: en este subgrupo se encuentran la mayoría de las enfermedades propias y/o coexistentes con la gestación, tales como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Trauma Materno. Llama la atención su poca frecuencia en las series de Wisconsin (4%), en comparación con los informes de otros centros, incluido Chile (14-25%). Esto es posiblemente debido a que la muerte fetal sea sólo consecuencia de una alteración secundaria sobre la placenta o el feto, como en el caso de las malformaciones atribuibles a Diabetes Mellitus, o Hipertensión Arterial por ejemplo, pero que, en su diagnóstico etiológico, se señale a la placenta como el órgano primariamente responsable de la muerte fetal.

MUERTE FETAL - CAUSAL FETAL

CLINICO	%	GENÉTICO	%
Síndromes	44,0	Esporádicas	29,0
Malform. únicas	34,0	No det/clasif	25,9
Disrupciones	10,4	Cromosómicas	24,9
Displasias	3,1	Multifactorial	11,9
Metabólicas	2,1	Mendeliana	4,7
Otras	6,2	Ambientales	3,6

Fuente: Ovalle A, Kakarieka E, Correa A, Vial MT, Aspillaga C. Estudio anatómico-clínico de las causas de muerte fetal. Rev. Chil. obstet. ginecol. 2005; 70(5):303-312

DETERMINACIÓN DE LA CAUSA DE MUERTE Y REGISTRO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:

La ocurrencia de una muerte fetal implica, ante todo, un importante impacto emocional que involucra a la madre, su pareja, el médico responsable y la institución de atención que atendió.⁶

⁶ Ovalle A, Kakarieka E, Correa A, Vial MT, Aspillaga C. Estudio anatómico-clínico de las causas de muerte fetal. Rev. Chil. obstet. ginecol. 2005; 70(5):303-312.

Según la OMS, se define muerte fetal como “la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación. Se habla de muerte fetal cuando: el feto no respira o no da evidencia de vida como por ejemplo puede ser la ausencia de latidos cardiacos, pulsación del cordón umbilical o movimiento musculares voluntarios”⁷

Sin embargo, es de vital importancia que se realice la investigación pertinente destinada a dilucidar la causa (o las causas) del óbito, y/o sus factores contribuyentes. Esto es así dado que el riesgo de recurrencia de este fenómeno sería variable según la etiología de cada caso. La tendencia general en los países latinoamericanos es que esta pesquisa etiológica sea incompleta (cuando no inexistente) dado que no hay uniformidad en la forma de estudio, hay escasez de recursos y existen a menudo dificultades para realizar el estudio necrópsico.

CAUSAS PRIMARIAS DE MUERTE FETAL.⁸

A. Hipoxia fetal extrínseca incluye asfixia aguda (interrupción brusca del intercambio gaseoso materno fetal) y shock (alteración hemodinámica producida por masiva pérdida de sangre o secundario a injuria infecciosa; la pérdida de sangre puede ser de la madre, del feto y de la placenta:

- a) Patologías placentarias
 - b) Patologías del cordón umbilical
 - c) Enfermedades maternas
 - d) Causas no determinadas
- B. Anomalías congénitas.
- C. Infecciones ascendentes.
- D. Traumatismos del parto.
- E. Hidrops Fetal.

⁷ Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad fetal, neonatal y perinatal. Situación de Salud en las Américas. Sep. 2006

⁸ <http://www.monografias.com/trabajos63/muerte-intrauterina/muerte-intrauterina.shtml>

Clasificación de factores de riesgo asociados a muerte fetal intrauterina basada en tres grandes categorías:

MACROAMBIENTE (Aspectos socio-culturales y económicos)

- Estado civil soltera.
- Nivel educativo menor de 10 años.
- Nivel socioeconómico bajo

MATROAMBIENTE

- Edad > 35 años; adolescencia precoz.
- Sobrepeso
- IMC > 30 se considera obesidad (incrementa riesgo de: Diabetes Gestacional e Hipertensión)
- Tabaquismo
- Alteración de la función renal (hiperuricemia y proteinuria) en embarazadas con cifras tensionales elevadas.
- Falta de controles prenatales.
- Oligoamnios – malformaciones fetales.
- Valores séricos bajos de cobre.

MICROAMBIENTE

- factores asociados al feto, placenta, cordón y líquido amniótico.⁹

⁹ Dudley DJ. Muerte intraútero asociada con la diabetes: incidencia, fisiopatología y prevención. Obstet Gynecol Clin N Am. 2007; 34:293-307.

Factores que influyen sobre la mortalidad perinatal:

Los factores que se asocian a un mayor riesgo de la ocurrencia del fenómeno y que se han comunicado en los últimos cinco años incluyen: estado civil soltera: nivel educativo bajo, nivel económico bajo, edad mayor de 35 años o adolescencia precoz, sobrepeso, tabaquismo, alteración de la función renal en hipertensas, controles prenatales incumplidos, oligoamnios.

Factores biológicos:**Edad materna:**

El riesgo es relativamente alto en las madres con una edad inferior a los 20 años, especialmente en aquellas que tienen menos de 15 años, existe un riesgo mínimo entre 20-29 años, aumenta entre los 30 y los 40, y se produce un marcado incremento cuando la edad materna es superior a los 40 años.

Periodo intergenésico corto. Lo consideramos corto cuando es menor de 1 año, no así para la cesárea anterior, que consideramos hasta 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos pretérmino y anemias durante el embarazo.

Patologías maternas asociadas al embarazo:

Hipertensión Arterial es un problema de salud de primera magnitud en todos los grupos poblacionales del mundo globalizado. La mujer que aspira a tener familia, presenta una alta vulnerabilidad en ese sentido; por ello, se impone definir y promover criterios actualizados para prevenir, diagnosticar y tratar integralmente todas sus variantes clínicas reconocidas.

La Diabetes Mellitus en la mujer en edad fértil debido a los niveles altos de glucosa en la sangre puede darnos complicaciones a largo plazo tales como problemas de la visión, del corazón y de los riñones. Aumentando mayor riesgo en el periodo gestante como las probabilidades de que el bebé nazca prematuro, pese demasiado o muy poco, o tenga un nivel bajo de azúcar en la sangre u otros

problemas de salud al nacer. Aumentar el riesgo de que su bebé nazca con defectos de nacimiento. Aumentar el riesgo de que usted sufra un aborto espontáneo o de que su bebé nazca sin vida

No obstante, los estudios médicos han demostrado que las mujeres con diabetes pueden tener bebés completamente sanos. La clave es que controlen sus niveles de azúcar en la sangre antes y durante el embarazo. Si lo hacen, el riesgo de defectos de nacimiento es casi el mismo que en los bebés nacidos de mujeres que no tienen diabetes.

La glucosa en la sangre de una mujer embarazada pasa al bebé. Si su nivel de glucosa en la sangre es demasiado alto durante el embarazo, su bebé también tendrá un nivel alto antes de nacer.

La anemia es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con el embarazo, especialmente en los países subdesarrollados.

Con frecuencia se inicia el embarazo con bajas reservas de hierro debido a la pérdida de sangre por el flujo menstrual, aunado a una dieta deficiente en hierro y proteínas. Por esta razón la anemia más común es la ferropénica, mientras que la anemia megaloblástica por deficiencia de ácido fólico es menos frecuente.¹⁰

Estudios clínicos revelaron que la anemia se asocia con complicaciones del embarazo y del parto en la madre, en el feto y el recién nacido, como mayor morbilidad y mortalidad fetal y perinatal, parto prematuro, peso bajo al nacer, hipertensión arterial, infección genital y de herida quirúrgica, así como bajas reservas de hierro en el recién nacido, lo que provoca desarrollo psicomotor retardado y alteraciones neuroconductuales.¹¹

La Preeclampsia ocurre entre el 2,5 y 3 % de todos los embarazos. Afecta sobre todo al primer embarazo de una mujer, afectando aproximadamente a una de cada 10 Primigestas. Es una causa importante de mortalidad y morbilidad

¹⁰ Medical and surgical conditions of pregnancy. Anemia. In: Beckman CR, Ling FW, Smith RP, Barzansky BM, et al, editors. Obstetrics and Gynecology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006;pp:171

¹¹ Scholl TO, Hediger ML. Anemia and iron-deficiency anemia: compilation of data on pregnancy outcome. Am J Clin Nutr 1994;59:4925.

materna y perinatal. De hecho, la preeclampsia y la eclampsia constituyen la causa más frecuente de muerte materna durante el embarazo (incluso en los países desarrollados), siendo además la causa principal de retraso de crecimiento intrauterino (RCIU) en fetos únicos, de finalización pretérmino programada del embarazo y una causa importante de muerte perinatal. Por tanto, no existe ninguna complicación antenatal tan frecuente ni tan peligrosa para ambos, madre y feto.¹²

Factores sociales y ambientales:

Nivel socioeconómico: Cuanto más bajo es el nivel socioeconómico, mayor es la tasa de mortalidad perinatal, debido a una mayor tendencia a tener descendencia a edades más jóvenes, mayor número de hijos, a la necesidad de trabajar durante el embarazo y a la utilización inadecuada de los servicios sanitarios.

Estado civil: La tasa de mortalidad perinatal es considerablemente mayor en las madres solteras que en las casadas, ya que la soltería puede acompañarse de una situación social desfavorable.

Intervalo entre embarazos: El intervalo de tiempo entre el final de un embarazo y el comienzo del siguiente de alrededor de 2 años es el que asocia con un menor índice de mortalidad perinatal. Un intervalo excesivamente corto, inferior a los 6 meses se asocia con un aumento del riesgo de muerte perinatal, mientras que los intervalos excesivamente prolongados no se asocian a un aumento del mismo.

Jornada laboral durante el embarazo: Los factores asociados con el riesgo de mortalidad perinatal son: Duración de la jornada semanal laboral, posición corporal durante el trabajo, ausencia de escasos periodos de descanso durante el trabajo y realizar un trabajo especialmente cansado.

¹² http://www.uv.es/~dpog/Serra/cursos%20anteriores/Preeclampsia1_Obst_T19.pdf. 03/06/12 11:49 am.

Alcoholismo y consumo de drogas durante el embarazo: Los efectos del abuso del alcohol durante el embarazo incluyen un aumento de la tasa de muerte perinatal.

En cuanto al abuso de drogas durante el embarazo hay que tener en cuenta en primer lugar que las mujeres que abusan de una droga tienen tendencia a consumir múltiples tipos de drogas durante la gestación, y en segundo lugar, suelen tener una nutrición inadecuada, una situación socioeconómica adversa y una asistencia médica insuficiente durante el embarazo.

Nutrición materna: La ganancia de peso materno durante el embarazo es el indicador primario de la morbi-mortalidad perinatal. La restricción excesiva del ingreso calórico del embarazo puede afectar negativamente al crecimiento fetal y contribuir a un aumento de la tasa de mortalidad perinatal. Más importante que la ganancia absoluta de peso, es el ritmo de ganancia de peso durante el embarazo.

Asistencia médica prenatal: La asistencia prenatal precoz es de gran importancia, ya que el 70% de las complicaciones médicas durante el embarazo pueden ser previstas en la consulta inicial.

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

Se desarrolló un estudio descriptivo y transversal en El Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

La investigación descriptiva su objetivo consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento

Estudios transversales: intentan analizar el fenómeno en un periodo de tiempo corto, un punto en el tiempo, por eso también se les denomina “de corte”. Es como si diéramos un corte al tiempo y dijésemos que ocurre aquí y ahora mismo. Un estudio que pretendiera conocer la prevalencia de las caries dentales en los escolares de educación primaria de las escuelas públicas del Municipio de San Miguel , sería un estudio de este tipo

POBLACIÓN UNIVERSO:

La muestra de la investigación la conformó El Universo de muertes perinatales.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se buscó los casos de muerte perinatal del municipio de San Miguel en el libro de registros del servicio de Partos y en El Servicio de Neonatos del Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel de octubre 2010 a agosto de 2011 utilizamos una guía previamente elaborada (Ver Anexo 1) y se realizó una visita

domiciliar a cada una de las usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y se les pasó una encuesta. (Ver Anexo 2).

MUESTRA

Para efecto de la determinación muestral, se definió que el **universo** fue el total de casos de muertes perinatales del Municipio de San Miguel. (31 casos).

TIPO DE MUESTREO

El método que se utilizó para calcular el tamaño de la muestra fue el **aleatorio simple**. Este se caracteriza por seleccionar un número fijo de casos como unidades muestrales, de tal modo que todos ellos tengan la misma probabilidad de ser escogidos. En este caso particular, partiendo del hecho de conocerse el tamaño y/o universo, se utilizó el máximo criterio de varianza, equivalente a manejar una probabilidad que se consideró todas las muertes perinatales transcurridas durante el periodo de estudio en el Municipio de San Miguel, documentadas en los registros del Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

VARIABLES

CUADRO No. 1

Matriz de Operacionalización de objetivo 1:

Objetivo específico 1	Identificar sobre factores de riesgo biológicos que afectan la mortalidad perinatal.		
Variable	Definición operacional	Valores/Categorías	Escala
Edad de la paciente.	Tiempo ocurrido desde el nacimiento de la usuaria	Menos de 19. 20 a 29 años. 30 a 39 años.	Cuantitativa continua
Enfermedades crónicas	Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de morbilidad de una embarazada y/o fetal.	Presencia o ausencia de enfermedad crónica. Anemias. Hipertensión Arterial. Diabetes. Preeclampsia.	Cualitativa Politónica.
Vía del parto	Vía de Atención del parto del Recién Nacido	Vaginal. Cesárea.	Cualitativa dicotómica
Edad del Recién Nacido.	Tiempo ocurrido desde el nacimiento a la hora de muerte.	Mortinato. Menor de 24 horas. 24 a 72 horas. Mayor de 72 horas.	Cuantitativa Continua.
Periodo intergenésico	Tiempo transcurrido entre el parto del estudio y el parto anterior al del estudio.	< de 1 año De 1 a 5 años. Mayor de 5 años	Cuantitativa Continua.

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO No. 2

Matriz de Operacionalización de objetivo 2

Objetivo específico 2	Conocer si los factores cultural-educativos influyen en la mortalidad perinatal.		
Variable	Definición operacional	Valores/Categorías	Escala
Planeación del embarazo,	Es toda circunstancia o situación en la que la entrevistada decidió o no el embarazo.	Planeó el embarazo SI Planeó el embarazo NO	Cualitativa dicotómica
Asiste a controles Prenatales,	Cuando la entrevistada decidió o no asistir a sus controles	Controles prenatales SI Controles prenatales NO	Cualitativa dicotómica
Numero de controles prenatales	Cantidad de controles prenatales a los que asistió la entrevistada	Numero de controles Prenales a los que asistió 1,2,3,4,5,6	Cuantitativa Discreta.
Nivel educativo	Años de estudio aprobados.	Ninguno. Primaria. Secundaria. Universidad.	Cuantitativa Discreta.

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO No. 3

Matriz de Operacionalización de objetivo 3:

Objetivo específico 3	Identificar qué factores socioeconómicos del grupo familiar está relacionado con la mortalidad perinatal.		
Variable	Definición operacional	Valores/Categorías	Escala
Estado Civil	situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Casada. Soltera. Unión Libre.	Cualitativa politónica
Religión	actividad humana consistente en creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, de tipo existencial, moral y espiritual	Católica. Evangélica. Ninguna.	Cualitativa politónica
Ocupación.	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo	Comerciante. Empleada. Oficios Domésticos.	Cualitativa politónica
Ingreso familiar	Suma de todos los sueldos, salarios, ganancias, pagos de interés, alquiler, transferencias y otras formas de ingreso de una familia en un período determinado.	\$100-\$200 \$200-\$400 Mayor de \$400	Cuantitativa Discreta.
Numero de hijos.	Cantidad de hijos vivos que conviven con la madre	Ninguno. 1 2 3 4	Cuantitativa Discreta.

Fuente: Elaboración propia.

Variable Dependiente:

- Mortalidad Perinatal.

Variables Independientes:

- Factores de riesgo biológicos
- Factores cultural-educativos
- Factores socioeconómicos

METODOS Y TECNICAS**Técnicas**

Se aplicó la técnica de observación documental en el libro de registro de Mortalidad Perinatal del Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel en la área de Partos, Unida de Cuidados Intensivos Neonatal y neonatos agrupadas según variable dependiente en estudio.

Instrumentos

Se elaboró una Guía de 52 preguntas cerradas para el desarrollo del tema en estudio. Guía elaborada con objetivos en estudio y en colaboración del carnet perinatal, ficha de plan de parto y hoja de control de mi plan de parto.

Validación de instrumento

El instrumento fue validado en una población homogénea con características similares a las seleccionadas, se les pasó el formulario para identificar dificultades en la comprensión de las preguntas así como verificar si las preguntas generaban

las respuestas que se esperaba fueran congruentes a los objetivos de la investigación.

Recolección de Datos:

Realizamos las visitas según zonas pertenecientes al municipio de San Miguel norte, sur, poniente y oriente incluyendo los cantones según zona, a su vez la programación de 6 encuestas al día divididas estas según tiempo por la dificultad de hallazgo en la dirección actual de la paciente en un promedio de 3 a 4 encuestas por la mañana y 2 encuestas por la tarde. Se pasaron las encuestas a 31 pacientes.

Procesamiento de Datos

Análisis de datos:

Se realizó el análisis de datos a través de matrices por medio de epi info versión 3.5.3 primero por variables simples agrupadas según los factores en estudio y posterior cruces de variables. Todo este insumo sirvió de base para la interpretación de resultados seleccionando la pertinente para la presentación de los mismos en forma clara y sistemática.

Procedimiento

En la investigación se realizó una pequeña fase exploratoria, una fase de planificación de actividades, de ejecución y una fase consolidación de resultados.

Se le solicitó la autorización al Director del Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel para observación documental en el libro de registro de Mortalidad Perinatal del Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel en la área de Partos, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y neonatos que ocurrieron en el periodo de estudio, luego por rutas se comenzó la búsqueda de las encuestadas en tiempo límite de un mes aproximado.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Factores de riesgo biológicos.

Tabla 1
Mortalidad perinatal según Antecedentes médicos.

ANTECEDENTES MÉDICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Anemias	6	19,35
Diabetes Mellitus	5	16,13
Hipertensión Arterial	7	22,58
Preeclampsia	4	12,90
Ninguno	9	29,04
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

El 70.96% del total de pacientes encuestadas presentan enfermedades crónicas-hereditarias (siendo estas Hipertensión Arterial 22.58%; Anemia 19.35%; Diabetes Mellitus 16.13%; Preeclampsia 12.90%) y el 29.04% en aparente buen estado de salud.

Tabla 2.

Mortalidad perinatal según edad gestacional

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
22-28 semanas	5	16,12
>28-34 semanas	10	32,30
>34-40 semanas	16	51,58
Total	31	100,00%

Fuente: Libro de registros del servicio de Partos y Libro de Registro de egresos del Servicio de Neonatos del Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

El 51,58% del total de pacientes encuestadas se encontraban en una edad gestacional mayor de 34 semanas.

Tabla 3.

Mortalidad perinatal según Edad de la madre

EDAD DE LA MADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<19	5	16,10
20-29a	18	58,10
30-39a	8	25,80
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

Más del 50% del total de pacientes encuestadas se encuentran en la edad de 20 a 29 años.

Tabla 4.

Mortalidad perinatal según Edad del recién nacido en el momento de ocurrencia de la muerte

Edad del recién nacido en el momento de ocurrencia de la muerte	Frecuencia	Porcentaje
Nacido muerto	16	51,61
<24horas	6	19,36
24-72 horas	3	9,67
> 72 horas	6	19,36
Total	31	100,00%

Fuente: Libro de registros del servicio de Partos y Libro de Registro de egresos del Servicio de Neonatos del Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

El 51,61% de madres encuestadas manifestaron que sus hijos nacieron muertos, mientras que el 48.39 de los rangos restantes fallecieron en menos o más de 72 horas posterior al nacimiento.

Tabla 5.

Mortalidad perinatal según Vía de atención del parto

Vía de atención del parto	Frecuencia	Porcentaje
abdominal	4	12,91
vaginal	27	87,09
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

Del total de pacientes en estudio registradas en el Hospital Nacional Regional de san Miguel verificaron el 87.09 % parto vaginal y un 12.91 % parto abdominal.

Tabla 6.

Mortalidad perinatal según Periodo de finalización del embarazo anterior

Periodo de finalización del embarazo anterior	Frecuencia	Porcentaje
< 1 ^a	1	3,30
> 5 a	4	13,30
2-5 a	18	56,70
No aplica	8	26,70
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

El 70% del total de pacientes encuestadas han verificado parto previo en los rangos de 2 a 5 años y mayor de 5 años, en un 26.70 % no han tenido otro parto más que el actual y en un 3.30% el periodo del parto anterior menos de 1 año.

Tabla 7.

Mortalidad perinatal según Tipo de sangre de la madre.

Tipo de sangre	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	9	29,00
RH-	2	6,50
RH+	20	64,50
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

Del total de pacientes encuestadas el 71% conocen su tipo de sangre y el 29 % restante desconoce su tipo de sangre.

Tabla 8.

Mortalidad perinatal según posición fetal al momento del nacimiento.

EL BEBE VENIA EN MALA POSICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	8	25,80
No	23	74,20
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

El 25.80% de las madres encuestadas manifestaron que su niño venia en mala posición y el 74.20 restante manifestó que su niño no presento mala posición al nacimiento.

Tabla 9.

Mortalidad perinatal según Sangrado abundante durante el parto

SANGRO ABUNDANTEMENTE DURANTE EL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	35,50
No	20	64,50
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

El 35.50% presento abundante sangramiento durante el parto, mientras que el 64.50 % restante no presento sangrado abundante durante su parto.

Tabla 10.

Mortalidad perinatal según muerte de otro hijo independiente de la edad de muerte.

SE LE HA MUERTO OTRO HIJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	7	22,60
No	24	77,40
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

De la madres encuestadas el 22.60 % ha perdido otro hijo (de cualquier edad), el 77.40 % restante no ha tenido otro hijo muerto.

Factores cultural-educativos.

Tabla 11.

Mortalidad perinatal de acuerdo a si su Embarazo fue planeado

EMBARAZO PLANEADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	8	25,80
No	23	74,20
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

El 74.20 % del total de pacientes encuestadas su embarazo no fue planeado, mientras que solo un 25.80 % si lo planeo.

Tabla 12.

Mortalidad perinatal según asistencia a su control prenatal.

Recibió control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	96,80
No	1	3,20
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

El 96.80% de pacientes encuestadas recibió controles prenatales en los diferentes establecimientos del ministerio de salud.

Tabla 13.

Mortalidad perinatal según número de controles prenatales a los que asistieron.

Numero de controles prenatales que recibió	Frecuencia	Porcentaje
0	1	3,20
1	2	6,50
2	1	3,20
3	7	22,60
4	7	22,60
5	12	38,70
6	1	3,20
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

Del total de pacientes encuestados el 38.7% asistieron al número de controles normados por el MINSAL (5 controles).

Tabla 14.

Mortalidad perinatal según su Nivel educativo

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	1	3,20
Primaria	15	48,40
Secundaria	11	35,50
Universidad	4	12,90
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

El 96.80% del total de pacientes entrevistadas cuentan con algún nivel educativo.

Factores socioeconómicos del grupo familiar.

Tabla 15.

Mortalidad perinatal según Creencias Religiosas.

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Católica	13	41,90
Evangélica	13	41,90
Ninguna	5	16,10
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

El 83.80% de las madres encuestadas manifestaron profesar una creencia religiosa a una religión.

Tabla 16.

Mortalidad perinatal según su Estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	3	9,70
Soltera	8	25,80
Unión libre	20	64,50
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

El 74.20% del total de pacientes entrevistadas se encuentran en una relación marital estable y el 25.80 % refieren estar solteras.

Tabla 17.

Mortalidad perinatal según su Ocupación.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Comerciante	7	22,60
Empleada	9	29,00
Oficios domésticos	15	48,40
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

El 51.60% del total de pacientes encuestadas tiene un trabajo fuera de casa.

Tabla 18.

Mortalidad perinatal de acuerdo al Tipo de familia.

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mediana	8	25,80%
Pequeña	23	74,20%
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

Del total de pacientes encuestadas ninguna convivía en una familia de más de 10 miembros (grande) y de ellas el 74.20 % convive en una familia de menos de 5 habitantes (pequeña) pequeña, el resto (25.80%) convive en una familia de entre 5 y 10 miembros.

Tabla 19.

Mortalidad perinatal de acuerdo al Número de hijos convivientes.

NÚMERO DE HIJOS CONVIVEN CON ELLA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CERO	12	38,70
UNO	8	25,80
DOS	7	22,60
TRES	2	6,50
CUATRO	2	6,50
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

El 61.30 % del total de pacientes encuestadas conviven con uno o más hijos.

Tabla 20.

Mortalidad perinatal de acuerdo a si tiene Vivienda propia

VIVIENDA PROPIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	17	54,80%
No	14	45,20%
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

De las pacientes encuestadas un 54.80 % respondió que si vivía en una vivienda propia.

Tabla 21.

Mortalidad perinatal de acuerdo a tipo de construcción de la vivienda.

TIPO DE CONSTRUCCION DE LA VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adobe	3	9,70%
Bloque	5	16,10%
Mixta	22	71,00%
Otros	1	3,20%
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

De las pacientes encuestadas un 71.00 % respondió que vivía en una casa de sistema mixto.

Tabla 22.

Mortalidad perinatal según Ingresos

INGRESOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
\$ 100-200	15	48,40
\$ 200-400	8	25,80
> \$ 400	8	25,80
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

El 51.60% del total de pacientes encuestadas su ingreso económico es igual o mayor a 200 dólares.

Tabla 23.

Mortalidad perinatal de acuerdo a si recibe remesas familiares

RECIBE REMESAS FAMILIARES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	32,30%
No	21	67,70%
Total	31	100,00%

Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

De las pacientes encuestadas solo un 32.30 % respondió que si recibía remesas familiares.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los factores biológicos que afectaron o contribuyeron a la Mortalidad Perinatal en nuestro estudio fueron: Enfermedades Nutricionales como la Anemia (6 casos, 19.35%) Enfermedades metabólicas como la Hipertensión Arterial (7 casos, 22.58%) y Diabetes Mellitus (5 casos, 16.13%), y Enfermedades propias del embarazo como la Pre eclampsia (4 casos, 12.90%); siendo muy significativo este porcentaje ya que nos confirma que existe una relación directa de estas patologías con el incremento de la mortalidad perinatal, lo cual nos conlleva a poner más énfasis en la calidad de atención prenatal que deben de recibir estas pacientes.

Del total de pacientes encuestadas solamente el 29.04% se encontraron en aparente buen estado de salud en su embarazo.

En relación a la mortalidad según la edad gestacional de recién nacido, observamos que la mayor frecuencia de muertes (16 casos, 51.58%) sucedió en un rango de 34 a 40 semanas, siendo este el rango donde habría de haber mas sobrevivencia de los recién nacidos pues es una edad de termino; el rango de 28 a 34 semanas tubo una frecuencia de 10 muertes, representando un 32.30 % del total y el rango de 22 a 28 semanas con una frecuencia de 5 muertes lo cual representa un 16.12 %; tomándose como aceptable la ocurrencia de los casos en este rango debido a la capacidad instalada en el centro de atención Hospitalaria.

Al comparar la mortalidad con la edad de la madre, encontramos que la mayor frecuencia de muertes (18 casos, 58.10 %) es en el grupo de 20 a 29 años, luego con un 25.80 % (8) en el grupo de 30 a 39 años y un 16.10% (5) en el grupo de 19 años, siendo en este último grupo donde se esperaría el mayor porcentaje de muerte por la variable de factores biológicos; aunque no se puede documentar esta relación ya que sería necesario obtener el dato de la cantidad de partos verificados por cada grupo de edades y compara la tasa de letalidad en cada uno.

La mortalidad perinatal según edad del recién nacido en el momento de ocurrencia de la muerte, observamos que el 51.61% (16) nacieron muertos, el 19.36 % (6)

murieron antes de las 24 horas de vida, el 9.67% (3) murieron entre las 24 y 72 horas de vida y un 19.36% (6) murieron después de las 72 horas de vida, lo cual nos verifica que en la mortalidad perinatal temprana, la mayor carga porcentual la da las defunciones fetales (Nacido muertos). Lo cual es acorde a lo que encontramos en la Encuesta de Salud Familiar Según La Encuesta Nacional de Salud Familiar de 1998 FESAL-98), se observa una reducción de 7 muertes por mil en el período perinatal, pero con una mayor proporción de mortinatos en FESAL 2008, en comparación con FESAL-98 y FESAL-2002/03. El descenso en la mortalidad perinatal se debe principalmente a la reducción de la mortalidad neonatal temprana

Con respecto a la mortalidad perinatal de acuerdo la vía de atención del parto, el mayor porcentaje (87, 09%) fue por vía vaginal y un 12.91% (4) por vía abdominal, esto debido a que el 51.61% (16) casos ya se podría haber tenido el dato previo al parto del diagnóstico de muerte fetal ante parto y la vía de elección es vaginal.

Según el periodo de finalización (periodo intergenésico) del embarazo anterior y la mortalidad perinatal, observamos que el mayor porcentaje (56, 70%) se encuentra en un periodo de 2 a 5 años de finalización del parto anterior y que solo un 3.30 % está en el periodo de menor de 1 año; reflejándonos que no se cumple la frecuencia de muertes con un periodo intergenésico corto.

En nuestro estudio en las usuarias que presentaron mortalidad perinatal encontramos que en su mayoría no planearon su embarazo, lo que conduce a un inicio de control prenatal tardío y una adhesión inadecuada de la gestante al control prenatal; que se evidencia con que un 58.90 % no tuvo un número de controles prenatales considerados mínimos necesarios según la norma del MINSAL que es de 5 controles que son factores de riesgo para la mortalidad perinatal.

En cuanto al estado civil un 64.5 % estaban en unión libre, un 25.8 % eran solteras y 9.7 % eran casadas.

En cuanto a la religión ninguna expuso que su religión fuera una limitante para decidir recibir atención medico-hospitalaria. La ocupación si fue un factor de riesgo ya que más del 50 % de usuarias que presentaron mortalidad perinatal tenían un trabajo fuera de casa con la probabilidad que su jornada semanal laboral sea prolongada, posición corporal durante el trabajo inadecuada, ausencia de escasos periodos de descanso durante el trabajo, realizar un trabajo especialmente cansado y a la utilización inadecuada de los servicios sanitarios. Lo cual esta descrito como un factor de riesgo.

En cuanto al factor económico un 48.4 % de las familias percibe un ingreso familiar menor que un salario mínimo. Observando que las familias con menores ingresos eran las que tenían el mayor número de hijos. Lo que disminuye la cantidad de dinero disponible para cada miembro de la familia.

Al realizar el cruce de las variables edad de la madre y edad gestacional de recién nacido, observamos que de los 16 muertes ocurridas en la edad gestacional de 34 a 40 semanas, la mayoría (9) ocurrieron en el grupo de 20 a 29 años, 5 en el grupo de 30 a 39 años y 2 muertes ocurrieron en el grupo de menor de 19 años.

Al realizar el cruce de las variables edad de la madre y edad del recién nacido en el momento de ocurrencia de la muerte, observamos que de los 16 muertes fetales (nacido muertos), la mayoría ocurrieron en los grupos de 20 a 29 años y 30 a 39 años (7 c/u respectivamente) y 2 muertes fetales ocurrieron en el grupo de menor de 19 años. Del total de muertes (6) en las primeras 24 horas de vida, 4 ocurrieron en el grupo de 20 a 29 años y 2 en el grupo menor de 19 años. Del total de muertes (3) en las 24 y 72 horas de vida, 2 ocurrieron en el grupo de 20 a 29 años y 1 en el grupo menor de 19 años. Del total de muertes (6) después de 72 horas de vida, 5 ocurrieron en el grupo de 20 a 29 años y 1 en el grupo 30 a 39 años.

Al realizar el cruce de las variables edad de la madre y periodo de finalización del embarazo anterior, observamos que de la mayoría de muertes (18) se dieron en el periodo de 1 a 5 años de finalización del embarazo anterior, de las cuales 12 ocurrieron en el grupo de 20 a 29 años, 5 en el de 30 a 39 años y 1 muerte ocurrió en el grupo de menor de 19 años.

Del total de muertes, 4 se dieron en el periodo mayor de 5 años, 2 ocurrieron en el grupo de 20 a 29 años y 2 en el grupo 30 a 39 años. Del total de muertes, 1 se dio en el periodo menor de 1 año, ocurrió en el grupo de 29 a 30 años. Del total de muertes, 8 fueron primigestas (primer embarazo) de las cuales, 4 ocurrieron en el grupo menor de 19 años y 4 ocurrieron en el grupo de 20 a 29 años.

Se observo que de las solteras ninguna planeo su embarazo lo que indica la presencia de un factor de riesgo porque en cuanto al estado civil: La tasa de mortalidad perinatal es considerablemente mayor en las madres solteras que en las casadas, ya que la soltería puede acompañarse de una situación social desfavorable. (Grafico 1)

Se observo en la lectura de los datos que a mayor edad de la madre mayor era el porcentaje de planeación del embarazo (Grafico 2); además la brecha entre sí han planeado o no el embarazo se acorta cuanto mayor es el ingreso familiar. (Grafico 3). La presencia de problemas médicos aumenta a medida que aumenta la edad gestacional. (Grafico 4)

La presencia de dolores antes de la fecha del parto aumenta en frecuencia en cuanto menor es el ingreso del grupo familiar de la usuaria que presento mortalidad perinatal. (Grafico 5)

CONCLUSIONES

1-Algunos factores biológicos maternos influyen en la tasa de mortalidad perinatal como es la presencia de enfermedades crónicas, entre ellas la más significativa la Hipertensión arterial, diabetes mellitus, anemias y enfermedad propia del embarazo preeclampsia

2-El parto vía vaginal y el periodo intergenésico mayor de 2 años fueron factores biológicos que no afectaron sobre la mortalidad perinatal de forma relevante

3- La mayoría de muertes perinatales fueron productos de término a pesar que las gestantes en su mayoría recibieron más de un control prenatal en el establecimiento de salud cercano a sus hogares

4-La mayoría de pacientes con inscripción tardía, en su control prenatal fueron embarazos no planeados, limitando así el seguimiento al crecimiento y desarrollo del producto desde su concepción y así poder brindar de forma eficiente un control prenatal de calidad según lo normado en el correspondiente programa.

5-Los factores cultural/educativo como el estado civil, el nivel educativo y la religión no influyeron en el aumento de mortalidad perinatal, ya que la mayoría se encontraba conviviendo con su pareja y tenían un conocimiento académico que les permitió comprender los factores de riesgo de un embarazo.

6-Los factores socio/económicos como el ingreso familiar menor a un salario mínimo, la existencia de más hijos y el trabajo fuera del hogar por parte de la embarazada contribuyeron de forma significativa sobre la mortalidad perinatal.

RECOMENDACIONES.

NIVEL CENTRAL, ENTE RECTOR:

1. Diseñar procesos de promoción, educación y prevención en salud sobre la integración de la mujer en edad fértil por medio de lineamientos desde ente rector hasta nivel operativo donde todo proveedor de salud este empoderado y trabaje con, calidez, calidad, eficiencia y eficacia.
2. Elaboración de una matriz o un formulario para vaciar la información de los indicadores de monitoreo, seguimiento y evaluación de los programas que sean utilizados por cada establecimiento de salud (indicadores demográficos, indicadores de perfil epidemiológicos, indicadores de cobertura-atenciones, indicadores de funcionamientos en los programas)
3. Diseñar y implementar un plan de educación continua y permanente para todo el personal implicado en la operativización de los programas.

NIVEL REGIONAL:

1. Elaborar planes de supervisión, monitoreo y evaluación de programas para la mujer en edad fértil a corto, mediano y largo plazo de forma rutinaria, programática y sostenible para todos los SIBASIS

2. Realizar compras de medicamentos, micronutrientes, insumos médicos y papelería básica necesaria para la implementación de los programas en establecimientos de salud
3. Ejecutar planes de educación continua y permanente para todo el personal implicado en la operativización de los programas implementado desde el ente rector

NIVEL SIBASI:

1. Realizar planes de supervisión, monitoreo y evaluación de programas para la mujer en edad fértil a corto, mediano y largo plazo de forma rutinaria, programática y sostenibles para todas las unidades de salud, donde incluyan todos sus indicadores
2. Ejecutar planes de educación continua y permanente para todo el personal implicado en la operativización de programas desde el ente rector

NIVEL LOCAL:

1. Formar los comités de programa de SSR para la mujer en edad fértil por caserío o cantón a fin de promover los traslados hacia centros hospitalarios y capacitación sobre lo relevante que es la gestación antes, durante y posterior para la mujer y su producto
2. Realizar gestiones o coordinaciones con región de salud para contar con los medicamentos, micronutrientes e insumos médicos y papelería necesarios para brindar una atención completa e integral como parte de su gestión e implementación hacia dichos programas

3. Elaboración proyectos (IEC) de información, educación y comunicación funcionales para la implementación de estrategia como es el plan de partos y casas de espera materna dirigidos a la gestante, su familia y su comunidad.
4. Gestionar y desarrollar proyectos de comunicacion a través de medios de comunicación local y asambleas, talleres, jornadas o capacitaciones a líderes, directivas, comités de salud, comités de plan de partos, ADESCOS y comunidades en general sobre el funcionamiento de los programas hacia la mujer Salud Sexual y Reproductiva.
5. Coordinar, capacitar y ejecutar un plan de educación continua dirigida a líderes, parteras u otros actores claves.

BIBLIOGRAFIA

1-Avery G. Neonatología: Fisiopatología y manejo del recién nacido, Editorial Panamericana. Tercera edición. Buenos Aires, 1992.

2-Beckman CR, Ling FW, Smith RP, Barzansky BM, et al "Medical and surgical conditions of pregnancy, anemia " Obstetrics and Gynecology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006

3- Caldeyro R. Mortalidad perinatal y nivel socioeconómico. Revista Ciencia Hoy Buenos Aires 1991.

4- Cruz Miranda, Norali Noelia. Muerte intrauterina, Universidad Nacional de Trujillo, Escuela de Medicina Humana, Trujillo-Perú 2008

5- Datos Estadísticos de la Mortalidad Infantil Enero a junio 2010, SIBASI San Miguel. Región Oriental de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador 2011

6- FESAL 2002-2003 "Encuesta Nacional de Salud Familiar" San Salvador, El Salvador 2004

7-García Salinero, Julia. Estudios Descriptivos, Nure Investigación, nº7, Junio 2004

8- Guías clínicas de atención de las principales morbilidades obstétrica y ginecológicas. Ministerio de salud. Dirección de apoyo a la gestión y programación sanitaria. Unidad de atención en salud a la mujer. San Salvador, El Salvador, enero 2012

9-Guía para el Diseño de Protocolos de Investigación en Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección de Planificación de los Servicios de Salud, Unidad de Investigación y Evaluación, Republica de El Salvador, CA, 2001.

10-Guía para la Vigilancia de la Mortalidad Neonatal, infantil y de la niñez. Dirección de Regulación, Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer y a la Niñez, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador, mayo 2005

11-Guía Técnica para operativizar la estrategia plan de parto en El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social dirección de regulación, dirección general de salud, unidad de salud comunitaria, San salvador, El salvador 2009

12- Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y el recién nacido. Ministerio de Salud de El Salvador. San Salvador, diciembre 2011.

13-Lozano de la Garza, Jesús G. Batiza Resendiz, Víctor Alfonso. Anemia y embarazo, complicaciones maternas y perinatales. Manual de Protocolos. Medicina Materno Fetal, Nieto editor, México 2007

14-Manual para la operativización de la estrategia plan de parto, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, unidad de salud comunitaria, San salvador, El Salvador 2008

15-Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Directiva Técnica Nacional para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido". San Salvador, El Salvador marzo 2002

16-Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad fetal, neonatal y perinatal. Situación de Salud en las Américas. Washington, DC., EUA, Septiembre. 2006

17-Ovalle A, Kakarieka E, Correa A, Vial MT, Aspillaga C. "Estudio anatómico-clínico de las causas de muerte fetal" Revista Obstetricia y Ginecología, Chile 2005.

18-Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna perinatal y neonatal, Ministerio de Salud. Dirección de atención integral e integrada a la salud sexual y reproductiva, El Salvador 2011-2014

19-Ramirez, Helena Mortalidad perinatal: Indicadores de salud Materno y Perinatal. Weekly Epidemiological Record, 1999.

20-Rojas E, Salas K, Oviedo G, Plenzky G. "Incidencia y factores de riesgo asociados al óbito fetal en 2 hospitales venezolanos" Revista Obstetricia y Ginecología, Chile 2006

21-Sistematización de la implementación del Sistema Informático Perinatal (SIP) en la subregión centroamericana: honduras, Nicaragua y El Salvador. Centro América, Diciembre, 2010

22-Ticona, Manuel. Huanco, Diana. Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: factores de riesgo. Revista chilena de obstetricia y ginecología 2005.

23-Van Dalen, Deobols B y Meyer, William J. " Manual de técnica de la investigación educacional volumen 4, McGraw Hill 1983

24-Ventura-Junca, Dr. Patricio. Prematuridad y bajo peso al nacimiento. Manual de Pediatría. Ministerio de salud de Chile, 1990.

Anexos

Anexo 1

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
ESCUELA DE POST GRADO
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

Guía de Observación Documental.

Objetivo: Obtener información del libro de Registro del Hospital Regional Nacional de San Miguel sobre datos de madre que presentaron mortalidad perinatal

Guía N°: _____

Datos generales

Fecha de Ingreso: _____ Registro: _____

Nombre: _____

Diagnostico del Recién Nacido: _____

Dirección: _____

Cesárea Baja Transversa/Parto Vaginal: _____

APGAR: _____

Edad Gestacional: _____

Peso: _____ Talla: _____

Anexo 2

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
ESCUELA DE POST GRADO
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

Encuesta de los factores biológicos, cultural/educativo, socio/económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL.

Objetivo: Obtener información sobre los factores socioculturales y económicos que influyen en la mortalidad perinatal

No de cuestionario: _____ Fecha: _____

Datos generales.

1. Edad: _____
2. Fecha de Nacimiento: _____
3. Alfabeto: 1) Si _____ 2) No _____
4. Religión: 1) Católica _____ 2) Evangélica _____ 3) Ninguna _____
5. Estudios: 1) Ninguno _____ 2) Primaria _____ 3) Secundaria _____ 4) Universidad _____
6. Ocupación: _____
7. Estado civil:
1) Casada: ____ 2) Unión estable: ____ 3) Soltera: ____ 4) Otro: ____
8. Embarazo Planeado: 1) Si 2) No
9. Planeó lugar de atención del parto: 1) Si 2) No
10. Convive actualmente con su pareja: 1) Si 2) No
11. Procedencia: 1) Urbano: _____ 2) Rural: _____

Antecedentes obstétricos.

1. Número de partos: _____ Partos de término: _____ Prematuros: _____ Abortos: _____
Número de hijos vivos: _____
2. Vía del parto:
1) Vaginal _____ 2) Cesárea _____
3. Si _____ fue _____ cesárea _____ cual _____ fue _____ la causa _____
4. Fin del embarazo anterior:
1) Menos de 6 meses: ____ 2) De 6 meses a 1 año _____ 3) de 1 a 5 años ____ 4) Mayor de 5 años _____
5. Se le ha muerto otro hijo: 1) Si 2) No
6. Si la respuesta anterior fue afirmativa edad al momento de muerte _____
7. Causa: _____

Antecedentes médicos.

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| 1) Hipertensión arterial: | <input type="checkbox"/> | 2) Diabetes: | <input type="checkbox"/> |
| 3) Preclampsia: | <input type="checkbox"/> | 4) Anemia: | <input type="checkbox"/> |
| 5) Rh (+) | <input type="checkbox"/> | 6) Rh (-) | <input type="checkbox"/> |

Control Prenatal

1. Asistió a Control Prenatal 1) Si 2) No
2. Durante los controles recibió vacunas: 1) Si 2) No
3. Tomo las tabletas de hierro y ácido fólico diariamente: 1) Si 2) No
4. Número de controles 1) 1 control 2) 2-4 controles 3) 5 o más controles

Le explicó el proveedor sobre señales de complicación durante el embarazo en sus controles.

1. Dolor de cabeza fuerte y continuo 1) Si 2) No

2. Dolor en la boca del estómago que pueda extenderse hacia el lado derecho de la espalda 1) Si 2) No
3. Pérdida de sangre o líquido por la vagina 1) Si 2) No
4. El niño o niña no se mueve 1) Si 2) No
5. Pérdida momentánea de la visión 1) Si 2) No
6. Ve luces o borroso 1) Si 2) No
7. Convulsión o ataque 1) Si 2) No
8. Fiebre 1) Si 2) No
9. Dolores antes de la fecha del parto 1) Si 2) No

Le explicaron sobre señales de complicación de antes o durante el parto en sus controles

10. El niño viene en mala posición 1) Si 2) No
11. Sangrado abundante durante el parto 1) Si 2) No
12. Ataques o convulsiones 1) Si 2) No
13. Ve obscuro luces o borroso 1) Si 2) No

Tipo de familia:

- 1) Grande:(más de 10 personas) 2) Mediano:(de 5 a 10 personas):
 3) Pequeña: (<5ª)

Número de hijos que conviven con ella: _____

Vivienda.

¿Cuenta con vivienda propia?

- 1) Si 2) No 3) No responde: 4) Otros: especifique:_____

Características de la vivienda.

- 1) Lámina 2) Bahareque 3) Adobe 4) Mixto 5)Bloque

Ingresos

¿Podría decirme su ingreso familiar mensual próximamente?

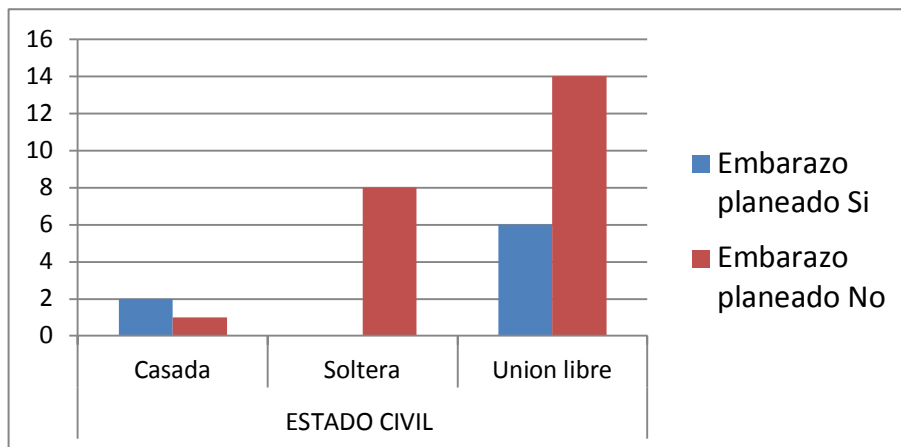
- 1) < \$100 2) \$ 100 – 300 3) -\$ 400 - 500 4) \$ 600- 800
 5) \$ 900.- 1000 6) \$ > 1000

¿Recibe remesas familiares?

- 1) Si 2) No

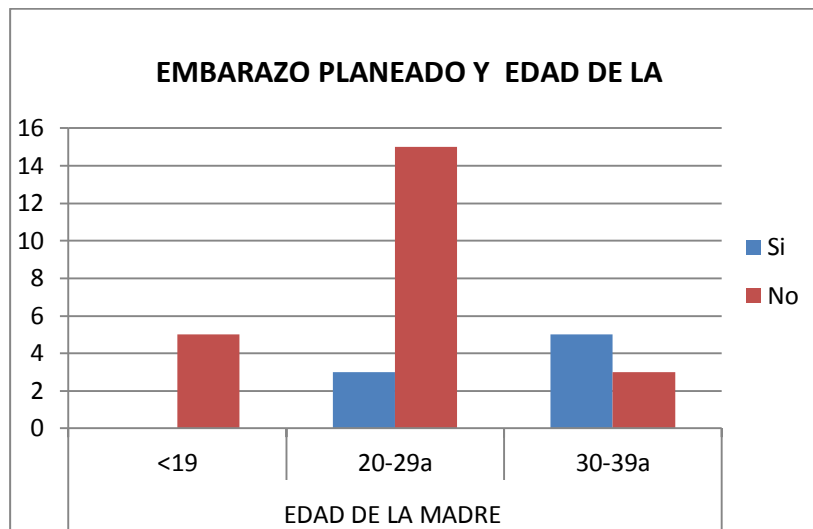
Anexo 3. Gráficos

Grafico 1.
Distribución de un cruce de variables: Embarazo planeado y estado civil de la madre.



Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

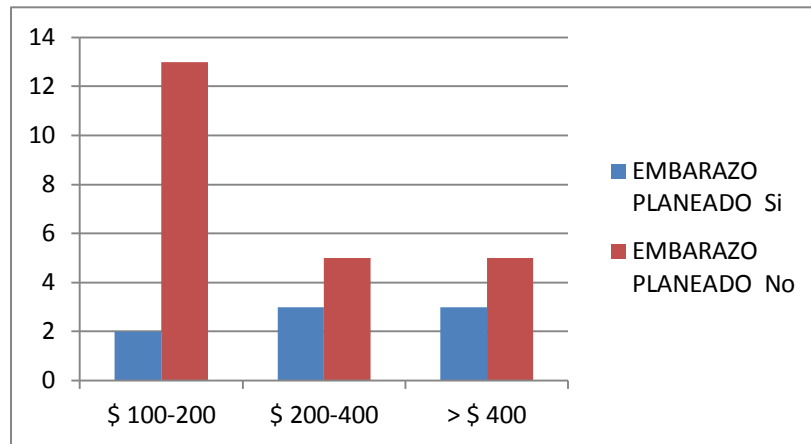
Grafico 2.
Distribución de un cruce de variables: Embarazo planeado y edad de la madre



Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

Grafico 3.

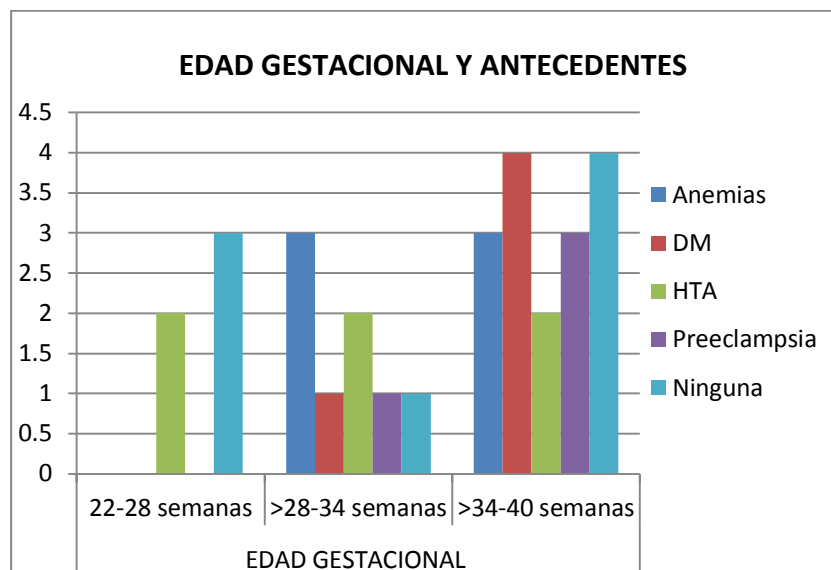
Distribución de un cruce de variables: Ingresos y planeación del Embarazo.



Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

Grafico 4.

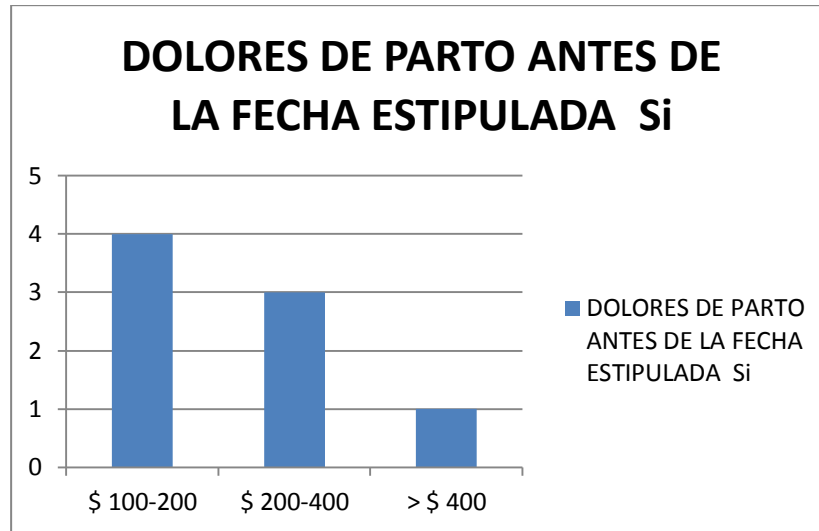
Distribución de un cruce de variables: Antecedentes médicos y edad gestacional.



Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

Grafico 5.

Distribución de un cruce de variables: Dolores de parto antes de la fecha e Ingresos.



Fuente: Encuesta de los factores socioculturales, económicos y de la Atención en Salud que influyen en la MORTALIDAD PERINATAL. Aplicado a usuarias que presentaron mortalidad perinatal en el periodo de estudio y que fueron atendidas en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.