

**CARACTERIZACIÓN DE MUERTE PERINATAL EN GESTANTES
ADOLESCENTES DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO,
2012-2014**

AUTORES:

**JESSICA FERNANDAREALPE MARTINEZ
MAYRA ALEJANDRARIASCOS SÁNCHEZ
ANGELIE CHARLOTTE SÁNCHEZ SOLARTE
BRYAN DANILO URBANO ORTEGA**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
SAN JUAN DE PASTO
FACULTAD DE MEDICINA
ABRIL DE 2016**

**CARACTERIZACIÓN DE MUERTE PERINATAL EN GESTANTES
ADOLESCENTES DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO,**

2012-2014

AUTORES:

**JESSICA FERNANDA REALPE MARTINEZ
MAYRA ALEJANDRA RIASCOS SÁNCHEZ
ANGELIE CHARLOTTE SÁNCHEZ SOLARTE
BRYAN DANILO URBANO ORTEGA**

**ASESOR METODOLÓGICO:
ANDRES SALAS ZAMBRANO
Od, EDU, Mag Epidemiología**

ASESOR CIENTÍFICO:

HECTORMORILLO

PEDIATRA

**PROTOCOLO DE TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER TÍTULO DE
MÉDICO GENERAL**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
SAN JUAN DE PASTO
FACULTAD DE MEDICINA
ABRIL DE 2016**

DEDICATORIA

A ti Dios dedico primeramente el presente trabajo por ser mi fortaleza, mi inspiración y quien me ha regalado miles de bendiciones, principalmente a mis padres quienes con su gran amor me han brindado su apoyo incondicional. Gracias a todas las personas que han estado presentes firmemente en este nuevo logro, que fortalece mis capacidades y aporta para la construcción de un buen futuro.

Mayra Alejandra Riascos Sánchez

DEDICATORIA

Es preciso hacer reconocimiento a todas aquellas personas que han contribuido con mi formación profesional y humana, pues sin ellos de otra manera no podría haber sido igual.

A Dios por brindarme la fuerza y la sabiduría necesaria para emprender este gran proceso, por mi familia que siempre ha sido el pilar de mis acciones.

De igual manera a mis padres quienes sembraron en mí el valor de la responsabilidad, principio que fue indispensable para la obtención de este nuevo logro, gracias por sus consejos, esfuerzos y orientaciones. No me queda más que agradecer su amor y el apoyo frente a las adversidades pues me enseñaron que “cuando mayor es la dificultad mayor es la gloria”

A mis hermanos quienes son mis constantes seguidores y a quien quiero regalar el mejor de los ejemplos, para que partan de mis acciones y enseñanzas y puedan aprender a discernir entre lo bueno y lo malo, y crezcan de igual manera como excelentes personas.

A todos aquellos que me quedan por nombrar mi mayor gratitud.

JESSICA REALPE MARTINEZ.

DEDICATORIA

Primeramente agradezco a la Fundación Universitaria San Martín, por haberme aceptado, ser parte de ella y abrirme las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que me brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Agradezco también a mi asesor de Tesis el Epi. Andrés Salas por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad, conocimiento epidemiológico y científico, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

Finalmente agradezco profundamente a Dios, por guiarme en el sendero correcto de la vida, en el transcurso de mi camino e iluminarme en todo lo que realizo; además a mi madre, por ser mi ejemplo para salir adelante, por inculcarme valores que de una u otra forma me sirven en mi vida, para poder realizar mi sueño y por darme las ganas de seguir adelante en mi carrera profesional.

CHARLOTTE SÁNCHEZ S.

DEDICATORIA

Agradezco inmensamente a todas las personas que colaboraron en este proyecto de tesis, a todos los docentes que supieron transmitir sus conocimientos durante todo el transcurso de mi carrera. Un agradecimiento especial a mi profesor de tesis Andrés Salas, por todos los consejos y el apoyo brindado durante la elaboración de este proyecto.

El más eterno agradecimiento para mis padres y mi hermana, por ser el mejor ejemplo de conciencia, fortaleza, responsabilidad y amor.

BRYAN DANILLO URBANO

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A Dios, por darnos la oportunidad de vida, familia y educación; por ser nuestro amigo y nuestro guía en el transcurrir d nuestra carrera, por darnos la fortaleza para vencer los obstáculos para seguir adelante.

A nuestros padres y hermanos fuente inagotable de amor y de apoyo incondicional en el proceso de formación profesional.

A la Fundación Universitaria San Martín y al cuerpo docente por brindarnos las bases de conocimiento científico e investigativo para alcanzar nuestro sueño de ser Médicos.

Al Instituto Departamental de salud de Nariño por acogernos y permitirnos desarrollar éste trabajo.

AL Dr. HECTOR Morillo, Dr Andrés Salas, Dr. Leonel Delgado, Dr. Carlos Hidalgo, Ingeniero Mario Delgado por participación en la realización de esta investigación.

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	16
1	18
1.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 18
1.2.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 19
2	19
3	21
3.1.	MARCO CONTEXTUAL 21
3.1.1.	República de Colombia 21
3.1.2.	Departamento de Nariño. 22
3.1.3.	Instituto Departamental de Salud de Nariño. 23
3.2.	MARCO TEÓRICO 24
3.2.1.	DEFINICIÓN 24
3.2.2.	EPIDEMIOLOGÍA 24
3.2.3.	ETIOLOGÍA 26
3.2.4.	DIAGNOSTICO 29
3.2.5.	PRUEBAS DIAGNOSTICAS: 29
3.2.6.	PREVENCIÓN 29
3.2.7.	SIVIGILA 30
3.3.	MARCO CONCEPTUAL 36
3.4.	MARCO LEGAL 37
4	42
4.1.	OBJETIVO GENERAL: 42
4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 42
5	43
5.1.	DISEÑO DE ESTUDIO 43
5.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA 43
5.3.	CRITERIOS DE TIPIFICACIÓN 43
5.3.1.	Criterios de inclusión 43
5.3.2.	Criterios de exclusión 43
5.4.	RECOLECCION DE LA INFORMACION 44
5.5.	CONSIDERACIONES ÉTICAS 44
5.6.	SEGOS 44
5.7.	ANALISIS ESTADISTICO 45
6	47
7	90
8	91

9 93

10 95

LISTA DE FIGURAS

Figura1. Geografía de Colombia	21
Figura 2. Ubicación del mapa del departamento de Nariño	22
Figura 3. Instituto Departamental de Nariño	23
Figura 4. Matriz Babies	32

LISTA DE TABLA

Tabla 1. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según variables sociodemográficas.	46
Tabla 2. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según los antecedentes de riesgo.	59
Tabla 3. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según las complicaciones actuales del embarazo	60
Tabla 4. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según las complicaciones maternas.	64
Tabla 5. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la causa básica de muerte.	79
Tabla 6. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la demora 1. (Reconocimiento del problema)	83
Tabla 7. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la demora 2. (Oportunidad de decisión y acción)	83
Tabla 8 Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la demora 3. (Acceso a la atención / logística de referencia)	84
Tabla 9. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la demora 4 (Calidad de la atención)	84
Tabla 10. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la edad gestacional y el peso.	85
Tabla 11. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la edad materna y número de controles prenatales.	85
Tabla 12. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el área de ocurrencia y el peso al nacer.	86
Tabla 13. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el área de ocurrencia y el peso al nacer.	86
Tabla 14. Matriz Babies, valores absolutos	87
Tabla 15. Matriz Babies, porcentaje	87
Tabla 16. Matriz Babies, tasas	88
Tabla 17. Matriz Babies casos, porcentajes y tasas	88

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Vigilancia epidemiológica de eventos de notificación semanal, del departamento de Nariño-2011	24
Gráfica 2. Eventos de notificación obligatoria (ENOS)-Departamento de Nariño, Mortalidad perinatal	25
Gráfica 3. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según tipo de parto.	48
Gráfica 4. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según sitio de defunción.	49
Gráfica 5. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la convivencia de la gestante.	50
Gráfica 6. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la escolaridad.	51
Gráfica 7. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según regulación de la fecundidad	52
Gráfica 8. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según gestaciones.	53
Gráfica 9. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según los partos vaginales.	54
Gráfica 10. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el número de cesárea.	55
Gráfica 11. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según aborto	56
Gráfica 12. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según muertos.	57
Gráfica 13. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el número de hijos vivos de la gestante.	58
Gráfica 14. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según número de controles prenatales.	61
Gráfica 15. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la semana de inicio de controles prenatales.	62
Gráfica 16. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según controles realizados por.	62
Gráfica 17. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el nivel de atención.	63
Gráfica 18. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según remisión oportuna.	64
Gráfica 19. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el parto atendido por.	65

Gráfica 20. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según sitio de parto.	66
Gráfica 21. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el nivel de atención del parto.	67
Gráfica 22. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el momento en que ocurrió la muerte respecto al parto.	68
Gráfica 23. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la edad gestacional.	69
Gráfica 24. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según edad gestacional confiable	69
Gráfica 25. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según edad neonatal.	70
Gráfica 26. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el peso del recién nacido.	71
Gráfica 27. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la talla del recién nacido.	71
Gráfica 28. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el sexo del recién nacido.	72
Gráfica 29. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según APGAR 1'	73
Gráfica 30. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según APGAR 5'	74
Gráfica 31. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según se necesitó reanimación.	75
Gráfica 32. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según se realizó reanimación	75
Gráfica 33. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el nivel de atención inicial al RN	76
Gráfica 34. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el tiempo de horas desde que se solicita hasta que aceptada	77
Gráfica 35. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según adaptación neonatal realizada por.	78
Gráfica 36. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la causa de muerte determinada por.	80
Gráfica 37. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según las causas de muerte agrupadas, por cordón.	81
Gráfica 38. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según las demoras.	82

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Cronograma de actividades	98
Anexo 2. Presupuesto	99
Anexo 3. Instrumento Para La Recolección De Datos	101
Anexo 4. Operacionalización de Variables	103
Anexo 5. Artículo	112

INTRODUCCIÓN

La mortalidad perinatal, es la muerte producida en útero de un producto de la concepción de 22 semanas de gestación y/o 500 g de peso o más y la producida en la primera semana de vida. En Colombia a nivel Departamental la tasa de Mortalidad Perinatal está liderada por Chocó con 39/1000, el Departamento de Nariño presentó una tasa de 14 por cada mil nacidos vivo. La etiología, esta se divide en dos grupos importantes relacionados con la salud materna y la salud fetal, en la salud materna se evidencio que las mujeres en embarazo menores de 18 años que tengan un nivel socioeconómico bajo y que no lleven un buen control prenatal tienen mayor riesgo de presentar Mortalidad Perinatal, En relación a la salud fetal es evidente que la asfixia, la infección y el síndrome de aspiración de meconio se asociaron con un mayor porcentaje de muerte en los primeros siete días de vida.

Este estudio fue realizado con un enfoque cuantitativo, de tipo observacional, descriptivo, de direccionalidad retrospectiva, de diseño trasversal, correlacionales, la población y muestra correspondieron a el total de fichas de notificación de Mortalidad Perinatal y Neonatal de los casos reportados y notificados en el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO en los años 2012-2014, reportándose 560 casos, de los cuales se ajustaron a los criterios de inclusión de 215, quienes fueron la población de estudio sin hacer muestreo.

En cuanto a las conclusiones encontramos que la edad donde más se presentaron los casos fue a los 19 años, el área de ocurrencia fue la cabecera municipal y el tipo de régimen en salud al que pertenecieron la mayoría de las adolescentes fue subsidiado, siendo estas las principales variables socio demográficas, en los antecedentes maternos como el tipo de parto, se encontró que el parto vaginal fue el que más asoció al evento, el domicilio fue el sitio de defunción donde más se presentó, en cuanto a la regulación de la fecundidad las gestantes optaron por no usar métodos porque no deseaban. De acuerdo a los antecedentes de riesgo, su principal causa fue recién nacido pre término y en las complicaciones del actual embarazo fueron preeclampsia. En los antecedentes prenatales la periodicidad de los controles prenatales fue inadecuada.

En los datos adicionales para muerte perinatal y neonatal, el ante parto fue el momento en el que más ocurrió la muerte, con una edad gestaciones confiable, relacionándose a recién nacidos con peso y talla bajas al nacer, con

mayor porcentaje en el sexo masculino, la causa básica de muerte fue hipoxia intrauterina no especificada.

CARACTERIZACIÓN DE MUERTE PERINATAL EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO, 2012-2014

1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad perinatal, es la muerte producida in útero de un producto de la concepción de 22 semanas de gestación y/o 500 g de peso a más y la producida en la primera semana de vida.(1)

Según información publicada por la OPS-CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano), en América Latina el área geográfica que presenta una mayor tasa de mortalidad perinatal es el Caribe latino (52,8 por 1.000 nacidos vivos) conformado por Cuba (4,8%), Haití (70,8%), Puerto Rico (3,23%) y República Dominicana (21,0%). La tasa de mortalidad Perinatal en la sub región de Sudamérica y México es de 21,4 por cada 1.000 nacidos vivos. (2)

En Colombia la tasa de Mortalidad Perinatal a nivel regional, es representada por Bogotá con una incidencia de 16/1000, seguida de región del Caribe con 15/1000, y mayor incidencia a nivel subregional el Litoral Pacífico con 14/1000 seguido de Guajira, Cesar, Magdalena con 17/1000. De igual manera se manifiesta el valor de la falta de educación la cual interviene de manera directa con 19/1000 y un nivel bajo de riqueza con 16/1000. A nivel Departamental a tasa de Mortalidad Perinatal está liderada por Chocó con 39/1000 seguida por San Andrés y Providencia y Caldas con 25/1000. El Departamento de Nariño es representado por 14/1000(3)

La etiología de la muerte perinatal se divide en dos grupos importantes relacionados con la salud materna y la salud fetal, ya sea intrauterina o extrauterina. En lo relacionado con la parte materna se ha encontrado que las mujeres en embarazo menores de 18 años y las mayores de 35 años, que tengan un nivel socioeconómico bajo, y que no lleven un buen control prenatal tienen mayor riesgo de presentar Mortalidad Perinatal. Además algunos estudios indican que las complicaciones maternas y un porcentaje elevado de muertes perinatales podrían prevenirse si todas la mujeres en embarazo tuvieran una alimentación balanceada y recibieran un control prenatal adecuado de manera mensual, a través del cual se busca generar una intervención temprana de todos aquellos factores que puedan comportarse como elementos nocivos durante el embarazo.

En relación a la salud fetal es evidente que la asfixia, la infección, síndrome de aspiración de meconio y morbilidad cerebral se asoció con un mayor porcentaje de muerte en los primeros siete días de vida.(4)

En relación a las adolescentes que están en crecimiento y desarrollo físico, maduración hormonal y del aparato reproductor, presentarán mayor probabilidad de presentar complicaciones en el embarazo y además consecuencias relacionadas con la sexualidad y la salud sexual y reproductiva. Algunas consecuencias pueden ser infecciones de vías urinarias, enfermedades de transmisión sexual, anemia, trastornos hipertensivos, parto instrumentado y/o endometritis posparto.(5) Las complicaciones del embarazo en adolescente además de asociarse a su inmadurez biológica, sino también por factores sociales y culturales entre los cuales tenemos las condiciones socioeconómicas, el acceso a la educación y servicios de salud, relaciones familiares, condiciones de pareja y estabilidad emocional y donde la gravedad será diferente entre las adolescentes, ya que cada caso es particular. (6, 7)

Se realizó un estudio sobre causalidad de la mortalidad perinatal en el Hospital de Cuba, donde se demostró en 215 casos las principales causas maternas en un rango de edades de 20-34 años y las causas fetales. Entre las complicaciones del embarazo se destacó, la ruptura prematura de membranas (23.18%) que en 29 casos evolucionó a corioamnionitis y muerte perinatal. Entre las causas neonatales la más frecuente es la inmadurez extrema (<1000gr o <28 semanas) con un porcentaje de 46.02%.(8)

Teniendo en cuenta que el 38% de las gestantes en el Departamento de Nariño son adolescentes, es necesario determinar qué tipos de factores intervienen, enfocándose en los factores de riesgo que tengan mayor prevalencia en Mortalidad Perinatal en el Departamento de Nariño con el fin de actuar en las gestantes adolescentes; y de esta manera prevenir y disminuir la incidencia de mortalidad perinatal en este grupo poblacional. Y al obtener los resultados del estudio se podría plantear medidas estratégicas y preventivas para la población gestante.

1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En respuesta a todo lo anterior y buscando conocer si el grupo poblacional de gestantes adolescentes del Departamento de Nariño presentan factores biológicos que se asocian a Muerte Perinatal, el grupo de investigación se formula la siguiente pregunta ¿Cómo se caracteriza epidemiológicamente los factores de riesgos asociados a muerte perinatal en gestantes adolescentes del departamento de Nariño, 2012-2014?

2 JUSTIFICACIÓN

Se investiga Mortalidad Perinatal, porque se busca determinar y evaluar la prevalencia de este evento en la población Nariñense , además porque se quiere dar a conocer datos y medidas epidemiológicas que se basen en el Departamento de Nariño especificando los factores de riesgos biológicos en gestantes adolescentes, ya que no hay información suficiente sobre el evento en este grupo poblacional. Una vez realizada la investigación la información será puesta a disposición del Instituto Departamental De Salud, para que las autoridades competentes pongan en acción campañas de prevención de los factores de riesgos y al mismo tiempo el fortalecimiento en los factores protectores, enfocados a disminuir la incidencia de Mortalidad Perinatal en gestantes adolescentes en el Departamento de Nariño.

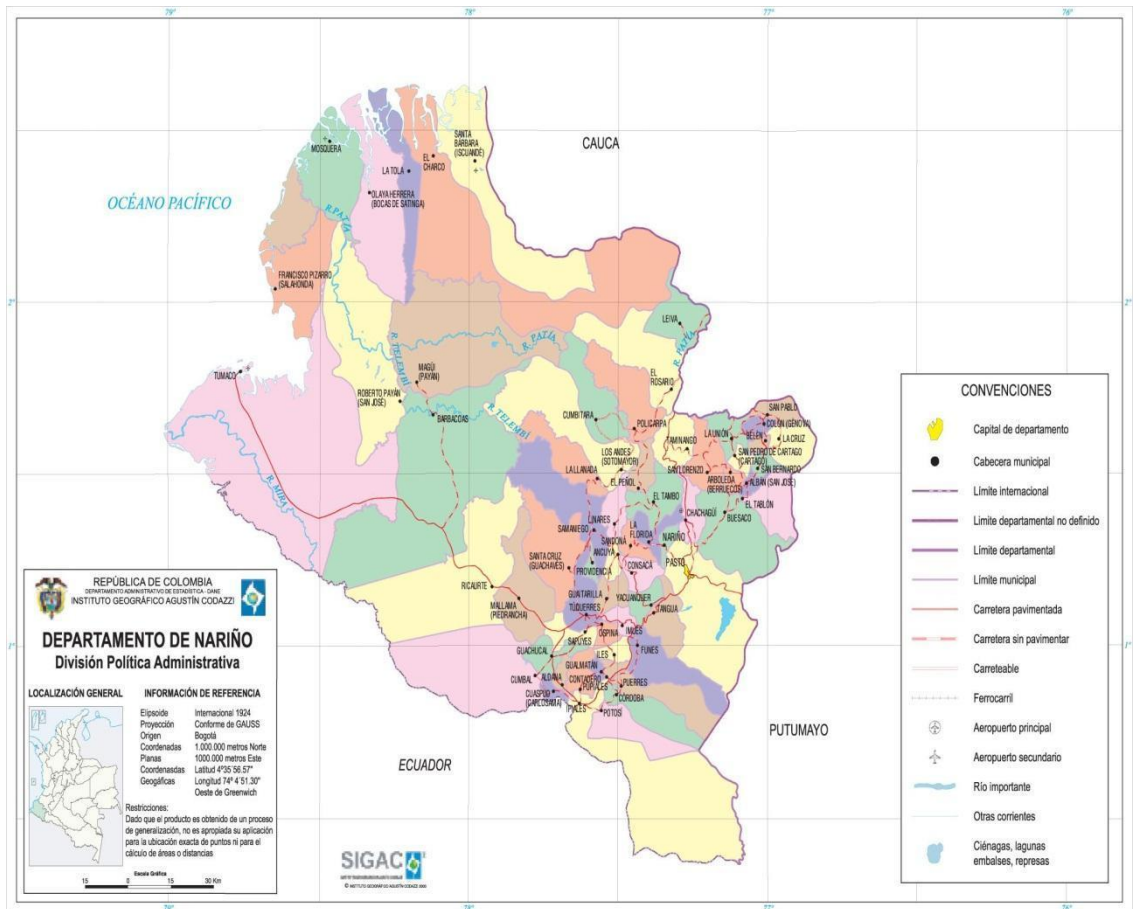
Por tanto la presente investigación busca determinar factores biológicos que originen mortalidad perinatal en gestantes adolescentes en el Departamento de Nariño en los años 2012-2014, basándose en el estudio de ficha de mortalidad perinatal y neonatal tardía del SIVIGILA, donde se pueda llegar a establecer algunos de los posibles factores de riesgo causantes de este evento.

Esta investigación es de vital importancia, porque a partir de los resultados obtenidos, los profesionales de la salud y las instituciones prestadoras del servicio de salud van a adquirir un conocimiento más amplio acerca de la Mortalidad Perinatal en gestantes adolescentes, para que así se promueva en primera instancia la asistencia a los controles prenatales de manera mensual dándoles a conocer la importancia de asistir a ellos para evitar cualquier complicación la cual puede ser prevenible.

3.1.2. Departamento de Nariño.

Nariño es un departamento ubicado en el extremo suroeste de Colombia, entre los 0(GRADOS) y 21(comilla) de latitud Norte y a los 76(GRADOS) y 50 COMILLAS y 79 02 de longitud de al oeste de Greenwich y altitud aproximada de 2.527 metros sobre el nivel del mar. Limita al Norte con el Cauca, por el sur con el Ecuador, por el Oriente con el Putumayo y por el Occidente con el Océano Pacífico. Cuenta con 63 municipios y su capital es San Juan de Pasto.

Figura 2. Ubicación del mapa del departamento de Nariño



Fuente: www.nariño.gov.co

En la región de la llanura del pacífico las temperaturas son altas, abundante lluvia en la región Andina, mientras que en el territorio restante la temperatura es baja, por este motivo la temperatura promedio es de 14°C.

Según datos de proyección de población del DANE para el año 2014 fue de 1.722.945 habitantes, de los cuales 845.498 corresponden a la población urbana y 877.498 a la población rural. De acuerdo a las edades adolescentes, 82.336 correspondieron a adolescentes tempranas (10-14) y 79.909 a adolescentes tardías (15-19). (10)

3.1.3. Instituto Departamental de Salud de Nariño.

Mediante el Decreto 401 de Julio 15 de 1993 de la Gobernación de Nariño, organiza el Sistema de Salud del Departamento de Nariño y se crea el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, un establecimiento público descentralizado del orden departamental, dotado de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, con una Junta Directiva, un Director nombrado por el Gobernador del Departamento y una planta de personal. El Instituto Departamental de Salud es el organismo único de Dirección del Sistema de Salud, para efectuar la coordinación, integración, asesoría, vigilancia y control de los aspectos técnicos, científicos, administrativos y financieros de la salud en el Departamento.(11)

Figura 3. Instituto Departamental de Nariño



Fuente:http://www.idsn.gov.co/images/imagenes/quienes_somos/visita_virtual_idsn.png

3.2. MARCO TEÓRICO

3.2.1. DEFINICIÓN

La mortalidad perinatal, es la muerte producida in útero de un producto de la concepción de 22 semanas de gestación y/o 500 g de peso a más y la producida en la primera semana de vida. (1)

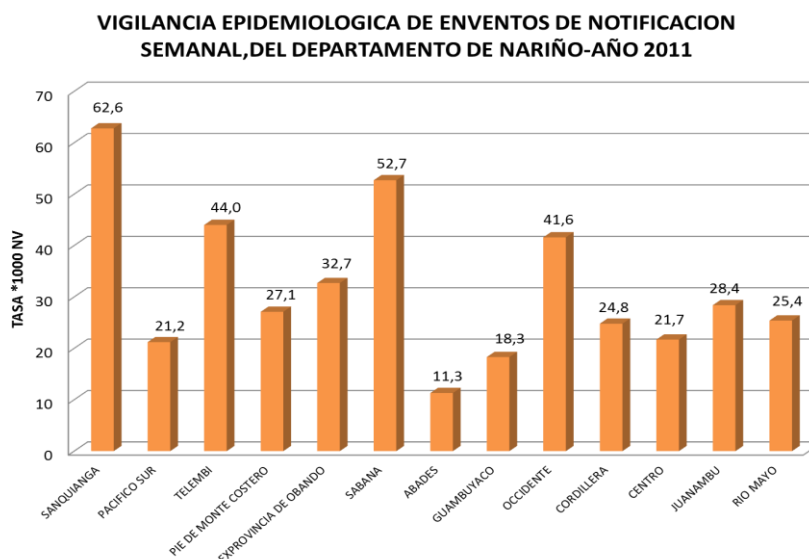
La mortalidad perinatal es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción y es muy importante ya que nos permite tener reflejar la atención prenatal, durante el parto y posparto, actuando como marcador tanto de la calidad del servicio de salud materno-infantil como de la condición nutricional de la madre y del entorno en que ella vive.(12)

3.2.2. EPIDEMIOLOGÍA

El objetivo de la Salud Pública es identificar las exposiciones las cuales pueden ser evitadas por métodos de prevención, con lo cual se reduciría la prevalencia e incidencia de la mortalidad perinatal. De todas formas se reconoce y se llega a la conclusión que las bases de la evidencia epidemiológica son estadísticas y mide solamente las probabilidades.

El estudio está hecho para dar a conocer a nivel epidemiológico la incidencia, prevalencia y tasa de mortalidad perinatal en el Departamento de Nariño, con enfoque especial en los factores biológicos que influyen en la muerte perinatal en gestantes; su importancia está en que es un evento de notificación en salud a nivel nacional.

Gráfica 1. Vigilancia epidemiológica de eventos de notificación semanal, del departamento de Nariño-2011

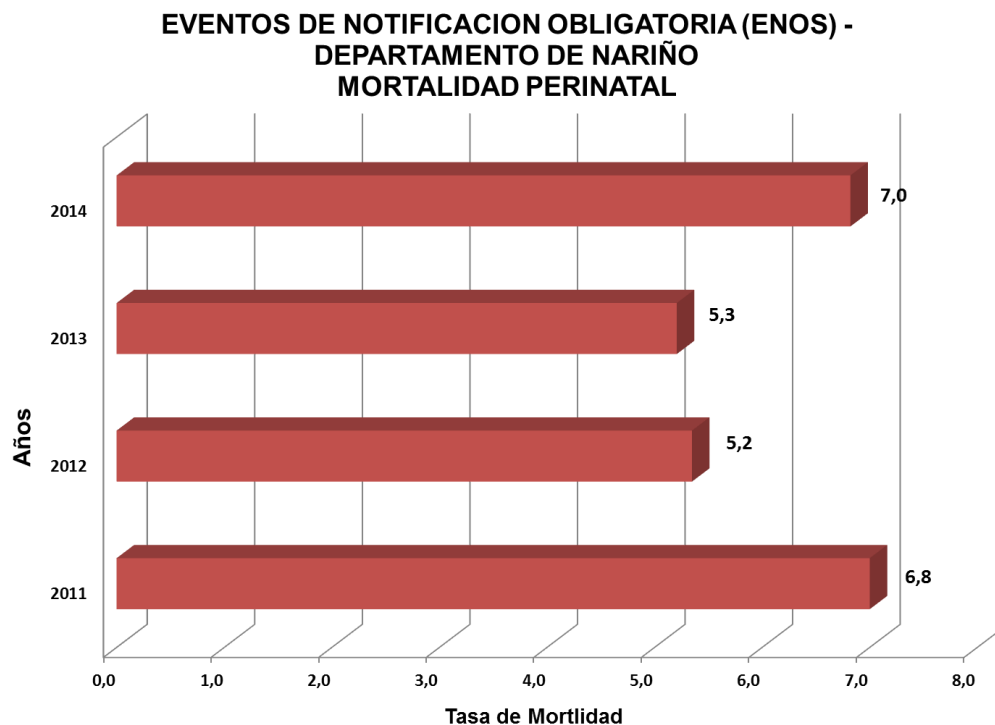


Fuente: Subdirección de Salud Pública - SIVIGILA - Oficina de Epidemiología

La tasa de mortalidad perinatal por 1000 nacidos vivos en gestantes adolescentes en el año 2011; en la cual los eventos de notificación semanal más significativos de las subregiones del Departamento de Nariño, con una tasa de mortalidad por encima del rango de 40*1000 NV fueron (Sanquianga, Sabana, Telembí y Occidente).

Para la región de Sanquianga, dentro de la cual el municipio con mayor incidencia fue Santa Barbara con una tasa de 62.8; En la región de Sabana se encontró una tasa de 52.7 en el municipio Imués; Para Telembí, el municipio con más alta incidencia fue Roberto Payan, con una tasa de 44.0, continuamente en la región de Occidente se encontró una tasa de 41.6 para el municipio de Ancuya; Por consiguiente las regiones como Exprovincia de Obando (Guachucal), Juanambu (San Lorenzo), Rio Mayo (La Cruz), Cordillera (El Rosario) Y Centro (Pasto), que a pesar de encontrarse por debajo del rango de 40*1000NV no dejan de presentar importancia.

Gráfica 2. Eventos de notificación obligatoria (ENOS)-Departamento de Nariño, Mortalidad perinatal



Fuente: Subdirección de Salud Pública - SIVIGILA - Oficina de Epidemiología

En la gráfica se logra evidenciar que para el año 2011, la mortalidad perinatal como evento de notificación obligatoria en salud pública en el Departamento

de Nariño reportó una tasa de mortalidad de 7.0; Mientras que para los años 2012-2013 respectivamente, se identifica una diferencia mínima entre ambos periodos de 0.1; lamentablemente lo opuesto sucede para el año 2014 obteniendo una tasa de mortalidad del 6.8 lo cual demuestra que este suceso ha aumentado.

3.2.3. ETIOLOGÍA

La Mortalidad Perinatal se asocia a varias causas relacionadas con los procesos de:

- ✓ Atención de parto desde el lugar de nacimiento hasta las posibilidades tecnológicas para su atención y el agudo. Deficiente registro en la atención.
- ✓ Atención del postparto. Atención del recién nacido pretérmino.
- ✓ Y otros relacionados con los factores biológicos, edad gestacional, sufrimiento fetal, sociales y de atención en salud que interactúan con las madres durante su embarazo, según datos del instituto nacional de salud.(13, 14)
- ✓ Controles prenatales los cuales deben de cumplir con una serie de objetivos que lo caracterizaran como un buen control prenatal, los objetivos son: Identificación de factores de riesgo, diagnóstico de la edad gestacional, identificación de la condición y crecimiento fetal, identificación de la condición materna, educación materna y a su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención.(15)

Actualmente ha existido controversia para establecer el número de controles adecuado y la frecuencia(16). Sin embargo algunos autores han clasificado los controles como: Sin controles prenatales, 1-4 controles prenatales (inadecuado), de 5-8(aceptable) y mayor de 9 (excelente). (17) De acuerdo a la anterior clasificación AIEPI manifiesta que diversos estudios han mostrado que las gestaciones en adolescentes tienen mayor riesgo obstétrico así como mayor incidencia de control prenatal inadecuado.(18)

Dentro las causas principales de Mortalidad Perinatal encontramos diferentes clasificaciones:

1. En la primera clasificación de la mortalidad perinatal encontramos las principales causas del fallecimiento inmediato al partos (FIP) entre ellas podemos evidenciar como primera causa con un porcentaje del 60 % a los recién nacidos que presentan malformaciones, en este grupo diferenciamos una causa principal que es la malformación del sistema nervioso central con un 35% y otras malformaciones con una 25%, otra causa importante encontrada es el nacimiento de prematuros,

específicamente menores a 25 semanas de gestación, este grupo nos representa un (30%) de los FIP, y el porcentaje restante se reparte en otras causas entre las cuales podemos encontrar un compromiso en el bienestar fetal y asfixia intra-parto entre otras .(19)

2. *Insuficiencia Respiratoria (Cualquier Causa)
*Malformaciones Congénitas
*Otras causas (Hemorragia intraventricular, enterocolitis necrosante, leucomalacia periventricular)
*Desconocida
3. En la tercera clasificación de la mortalidad perinatal podemos encontrar los siguientes ítems como causantes el evento:
 - *Según edad materna
 - *Según el peso al nacer

Identificando en estos dos ítems las causas de mortalidad perinatal fetales y neonatales.

De acuerdo a las tres clasificaciones propuestas anteriormente, para beneficio en la investigación se utilizó la tercera clasificación para buscar el factor biológico de mayor prevalencia según edad materna y peso al nacer.

Se identifican primero las patologías correspondientes a las diferentes edades maternas por ejemplo, en las gestantes menores de 20 años como causas de mayor prevalencia se encuentra preeclampsia, hematoma retroplacentario y restricción del crecimiento intrauterino, en gestantes de 20-34 años las causas más importantes esta la restricción del crecimiento intrauterino y hematoma retroplacentario y en gestantes mayores de 35 años las causas que más prevalecen son de igual manera la restricción del crecimiento intrauterino y hematoma retroplacentario y de manera conjunta la causa idiopática prevalece en los tres rangos de edades maternas. (8)

Diversos estudios han demostrado la relación entre la preeclampsia y la alta incidencia de mortalidad perinatal la cual se produce debido a que la hipertensión inducida por el embarazo predispone a complicaciones como desprendimiento de la placenta, edema agudo del pulmón, insuficiencia renal aguda, hemorragia cerebral, coagulación intravascular diseminada y ruptura hepática.

El riesgo perinatal varía de acuerdo a la intensidad del cuadro, además de aumentar el parto pretérmino, bajo peso al nacer y retardo del crecimiento.(20)

A la vez el retraso del crecimiento intrauterino presenta una tasa de Mortalidad Perinatal de 10 a 20 veces más alta que la de los neonatos de peso adecuado

para la edad gestacional, debido a causas como Asfixia, Lesiones neurológicas, Hipoglucemia Neonatal, Hipocalcemia y policitemia.(21)

Segundo, las causas patológicas neonatales en las gestantes menores de 20 años la causa que más prevalece es la enfermedad de la membrana hialina, en gestantes de 20-34 años la causa más prevalente es la enfermedad de membrana hialina y sepsis, y en gestantes mayores de 35 años las causas más prevalentes son las anteriormente mencionadas, más hemorragia intraventricular, malformaciones y restricción del crecimiento intrauterino y de manera conjunta otras causas neonatales que prevalecen en los tres rangos de edades.(8)

La enfermedad de membrana hialina es la causa más frecuente de diestres respiratorio en el neonato y una causa importante de mortalidad perinatal, la incidencia es inversamente proporcional a la edad gestacional. Siendo más crítica mientras más prematuro sea el feto.(22)

El evento más importante en la enfermedad de membrana hialina será un déficit en el surfactante que es una sustancia tenso activa que evita que los alveolos colapsen y es producida por los neumocitos tipo II, esto producirá una hipoxia perinatal severa, junto con la formación de edema por el déficit de surfactante, la organización del cuadro se da a las 4 a 6 horas de vida, la inmadurez de los sistemas enzimáticos fetales ayudan a la evolución negativa del cuadro clínico. La deficiencia de surfactante se va a ver comprometida aún más con la presencia de la hipoxemia perinatal. Debido a este problema en la síntesis de surfactante mediada por la hipoxemia es que aumenta la incidencia de mortalidad perinatal por enfermedad de membrana hialina.(23)

Respecto a las causas de mortalidad perinatal relacionadas con el peso al nacer, teniendo en cuenta su clasificación: con énfasis en las causas fetales se encontró que para los pesos de 500 a 999 kg prevalece la ruptura prematura de membranas seguido de restricción de crecimiento intrauterino. Para pesos de 1000 a 2499 las causas más prevalentes son las idiopáticas seguido del hematoma retroplacentario y para recién nacidos con peso mayores a 2500 mg las causas más frecuentes son las idiopáticas seguidos de otras causas fetales y de restricción de crecimiento intrauterino.(8)

Para las causas neonatales se encontró que para recién nacidos de pesos entre 500 y 990 kg las causas más prevalente son las malformaciones, para neonatos de pesos entre 1000 a 2499 kg las causas más frecuentes son enfermedad de membrana hialina, sepsis y hemorragia intraventricular. En neonatos de pesos mayores a 2500 kg dentro de las causas más frecuentes de mortalidad perinatal encontramos enfermedad de membrana hialina y malformaciones. Encontrando como porcentaje elevado de mortalidad en los 3 ítems de peso otras causas neonatales.(8)

3.2.4. DIAGNOSTICO

Aunque no hay manifestaciones clínicas características del evento, una manera de hacer el diagnóstico de muerte intrauterina del feto sería reconocer lo siguiente:

- ✓ Desaparición de la percepción de movimientos fetales.
- ✓ Retraso del crecimiento fetal
- ✓ Regresión del tamaño de los senos
- ✓ Secreción trasvaginal sanguinolenta o acuosa
- ✓ Sensación de peso en abdomen
- ✓ Mal sabor de boca

Dentro de los cuales resaltamos como los más importantes la ausencia de crecimiento uterino, de movimientos fetales y la ausencia de frecuencia cardíaca fetal

3.2.5. PRUEBAS DIAGNOSTICAS:

Los estudios o las pruebas diagnósticas con las que detectamos la muerte intrauterina del feto son los siguientes:

- ✓ Ultrasonido en tiempo real
- ✓ Cardiotografía
- ✓ Estudio radiológico
- ✓ Estudio de placenta
- ✓ Estudio de cordón umbilical y membrana amnióticas
- ✓ Cultivo de líquido anímico

Las pruebas se tiene que realizar de acuerdo a la sospecha etiológica en que se esté pensando.(24)

3.2.6. PREVENCIÓN

El primer paso es identificar los casos de muerte perinatal. En el medio actual existen discrepancias en la identificación de los casos debido a que no hay uniformidad por parte de las instituciones de salud sobre el tipo de mortalidad perinatal que deben analizar y reportar.

La investigación tiene dos objetivos: identificar la causa y los factores biológicos que contribuyen a ella.

La identificación de los factores biológicos que contribuyen a la muerte perinatal, es decir, saber por qué se están muriendo, es la labor más

importante de este análisis. Muy posiblemente la causa está en los factores, los cuales son diferentes para cada uno y es la identificación de éstos lo que realmente permitirá generar medidas correctivas. Por ejemplo, muchos casos pueden ser explicados por prematuridad, pero no todos se previenen con las mismas medidas.

Es evidente que es necesario mejorar la capacitación del personal y tener la infraestructura para atender los recién nacidos prematuros, pero identificar los factores biológicos que llevaron a que se adelantara el parto permitiría hacer una intervención más costo-efectiva; entre los factores biológicos agravantes pueden ser que estas gestantes adolescentes no son informadas para consultar precozmente ante la presencia de actividad uterina, que ellas no identifican las contracciones, que no tienen una adecuada ingesta de nutrientes, que no efectúan algunas recomendaciones o tratamientos, que deciden no consultar, que tienen inconvenientes para un acceso oportuno, que hubo un enfoque y un manejo inapropiado por parte del personal de salud de la institución o que no se decidió o no fue posible una remisión oportuna. La apreciación de estos factores permite implementar las medidas apropiadas según la realidad de la institución de salud y de la comunidad respectiva.(25)

Acciones que se pueden afianzar de tipo preventivas son:

- **Salud Materna y Prematura:**

- Implementación de programas de salud sexual y reproductiva
- Vigilancia nutricional
- Accesibilidad a los servicios de salud
- Incremento en la cobertura y calidad del control prenatal
- Prevención de complicaciones
- Atención por niveles de complejidad

- **Cuidado Materno:**

- Acciones preventivas
- Calidad del control prenatal
- Calidad del control del parto
- Identificación de complicaciones
- Sistemas de traslado - referencia
- Seguimiento al embarazo de alto riesgo
- Protocolos de manejo basados en la evidencia(26).

3.2.7. SIVIGILA

PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA

Periodos perinatales de riesgo (Matriz Babies)

El CDC ha elaborado una matriz para el análisis de la mortalidad perinatal bajo el estudio de dos aspectos de la salud perinatal:

Resultados perinatales (mortalidad específica según edad al morir dentro o fuera del útero y según peso al nacer).

Para determinar la edad al morir se tiene en cuenta los siguientes periodos:

- Durante el embarazo (22 semanas de gestación o > 500 gramos de peso hasta el inicio del trabajo de parto.
- Durante el trabajo de parto (desde el inicio del trabajo de parto hasta el nacimiento)
- Pre alta (en la institución de salud antes de que el recién nacido abandone el servicio o en la casa antes de que el médico termine el manejo domiciliario)
- Post alta (cuando el recién nacido se da de alta hasta los 7 días de edad)

Para determinar el peso, se tiene en cuenta las siguientes categorías:

- Peso extremadamente bajo (menos de 1000 gramos)
- Muy bajo peso al nacer (menos de 1.500 gramos)
- Peso al nacer bajo intermedio (1.500 a 2.499 gramos)
- Peso normal (igual o mayor de 2.500 gramos)
- Peso bebe macrosómicos (> o igual a 4000 gramos)

Determinantes de estos resultados: salud materna, atención materna – neonatal - infantil.

Figura 4. Matriz Babies

Grupos de peso	Anteparto	Intraparto	Prealta	Postalta	Total muertes	Nacidos Vivos	vivos + muertos	suma M/NV
< 1000 g					0			
1000 a 1499					0			
1500 a 2499					0			
2500 a 3999					0			
4000 +					0			
Total	0	0	0	0	0			

(*) Tasa calculada por 1.000 Nacidos vivos

	SALUD MATERNA
	CUIDADOS PRENATALES
	CUIDADOS INTRAPARTO
	CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO INSTITUCIONALES
	CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO Y NEONATAL TARDIA POSTALTA

Protocolo de vigilancia y control de mortalidad perinatal y neonatal tardía

INTERPRETACIÓN DE LA MATRIZ

Problemas derivados de la salud materna (celda azul): Donde el estado de salud de la madre (nutrición, infecciones, alta paridad, o embarazo a temprana edad, emergencias obstétricas tales como hemorragia antes del parto o incompetencia cervical) tiene estrecha relación con el peso al nacer menor a 1.500 gramos, retardo de crecimiento uterino y con recién nacidos prematuros.

Las intervenciones que deben ser aplicadas para el mejoramiento de los resultados están dirigidas primariamente a la madre e incluyen:

- Fortalecimiento de las acciones en salud para la planificación familiar
- Asesoría, remisión y tratamiento para condiciones médicas preexistentes: hipertensión, diabetes, malaria.
- Mejoramiento del estado nutrición, de micronutrientes, y de la conservación de la energía materna.
- Prevención, identificación y tratamiento de infecciones especialmente las causadas por transmisión sexual en el primer y segundo trimestre

- Evitar el abuso del cigarrillo, alcohol y otras drogas.

Problemas derivados de los cuidados durante el embarazo (celdas naranja): Estas muertes corresponden a nacidos muertos y que están en estado de maceración. El exceso de fetos muertos con peso igual o mayor de 1.500 gramos en estas casillas refleja la salud de la madre durante el embarazo (no incluye abortos previos). Las muertes de los fetos ocurridas antes de comenzar el trabajo de parto reflejan un pobre cuidado durante el embarazo de enfermedades como la sífilis gestacional o la diabetes. La diferencia entre los recién nacidos muertos que están en estado de maceración y los que han muerto recientemente indica que la calidad del cuidado durante el último trimestre fue deficiente o que los servicios de atención prenatal necesitan ser mejorados (los que mueren recientemente). Las intervenciones incluyen:

- Cuidado prenatal adecuado incluido el seguimiento a complicaciones del embarazo tales como hemorragia antes del parto, diabetes gestacional, desordenes de hipertensión en el embarazo.
- Recomendar mejoramiento de la alimentación durante el embarazo incluidos los micronutrientes.
- Diagnóstico y tratamiento de la anemia durante el embarazo
- Planeación del parto, en especial para aquellas madres que son VIH positivas.
- Vacuna contra la rubéola para reducir la mortinatalidad y evitar el síndrome de rubéola congénita.
- Inmunización contra el tétanos.
- El diagnóstico y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor para reducir los riesgos de parto prematuro y la mortalidad perinatal provocada directamente por la sífilis.
- Proporcionar información y servicios a las mujeres que desean utilizar métodos de planificación familiar; con esta intervención se tiene la posibilidad de reducir la mortalidad neonatal, pues se ha observado que los nacimientos muy seguidos afectan la supervivencia del siguiente hijo.

Problemas derivados de los cuidados durante la atención del parto (celdas rojas): un exceso en el registro de fetos muertos o recién nacidos, los cuales tenían un peso igual o mayor a 1.500 gramos, refleja el cuidado de la madre durante el trabajo de parto y el alumbramiento. Estas muertes indican un pobre cuidado y asistencia del sistema de emergencias obstétricas.

Las intervenciones en esta situación incluyen:

- Una buena cobertura de servicios de atención del parto por personal calificado
- Calidad adecuada del servicio de emergencias obstétricas (quirúrgica y servicios médicos para tratar la sepsis, la eclampsia, la hemorragia y el trabajo de parto obstruido)
- Calidad adecuada de los servicios de atención para los recién nacidos
- Funcionamiento de sistemas de comunicación y transporte para reducir las demoras en el acceso para atención de la madre y del recién nacido.

Problemas derivados de los cuidados antes de dar de alta, primeros cuidados al recién nacido (celdas verdes): Un número excesivo de muertes tempranas entre recién nacidos que pesan 1.500 gramos o más, refleja la capacidad institucional del sistema de atención al recién nacido. Las muertes registradas en estas celdas son resultado de la incapacidad para resucitar al recién nacido, mantener su control térmico, o tratar infecciones. Las muertes registradas en estas celdas usualmente ocurren en instituciones de salud desde una hora después del alumbramiento hasta los 2 o 3 días de vida.

Las intervenciones incluyen:

- Monitoreo adecuado del recién nacido para evitar complicaciones
- Una calidad adecuada de resucitación del recién nacido, si es necesaria.
- Servicios médicos para tratar infecciones, asfixia, ictericia, y condiciones metabólicas que afecten al recién nacido.
- El funcionamiento de sistemas de comunicación y transporte para reducir las demoras en el acceso a la atención.

Problemas derivados de los cuidados después de dar de alta, cuidados posteriores al recién nacido (celdas fucsia): Un número excesivo de muertes entre recién nacidos que pesen menos de 1.500 gramos refleja insuficiencia en programas canguro a nivel institucional y domiciliario. Las muertes en un periodo después de dar de alta al recién nacido hasta los 28 días de vida deben alertar sobre la posibilidad de tétanos neonatal u otro tipo de infección neonatal, la cual puede estar relacionada con las prácticas de atención. Si el recién nacido no es amamantado exclusivamente, las muertes probablemente serán debidas a diarrea por la utilización de agua contaminada en la fórmula. Si el recién nacido es exclusivamente amamantado, una enfermedad respiratoria alta puede ser la causa primaria de la muerte. Las diferencias específicas de género en estas celdas también proveen una temprana advertencia de una atención preferencial dada a un género.(27)

Problemas derivados de los cuidados en casa al recién nacido: los cuidados que recibe el recién nacido en la familia son muy importantes para su salud. Si la madre está bien preparada para atenderlo (preparación que se puede mejorar durante las consultas de atención prenatal) y si puede amamantarlo y mantenerlo caliente, el niño estará básicamente bien. En las sociedades en que las mujeres tienen amplias redes sociales, movilidad y autonomía para controlar los recursos, así como acceso a una buena atención sanitaria e información, las madres están en mejor situación para atender a sus hijos recién nacidos.(28)

Metodología “la ruta de la vida-camino a la supervivencia”

Es un modelo analítico que permite planear intervenciones en diferentes momentos para reducir la mortalidad materna y perinatal; allí se abordan barreras traducidas en demoras que están relacionadas con las causas no médicas que intervienen en las muertes maternas y perinatales.

Las siguientes son posibles demoras que se pueden detectar durante el proceso que condujo a la muerte perinatal.

Demora 1. Oportunidad del reconocimiento del problema

Demora 2. La toma de decisión y la acción

Demora 3. El acceso a la atención médica y la logística de referencia

Demora 4. La calidad de la atención médica (deficiencias de los servicios de salud)

DEMORA 1. Reconocimiento del problema. En este aspecto se pueden enumerar algunos ejemplos:

- Se reconoce el problema con prontitud por parte de la gestante.
- La gestante reconocía los factores de riesgo durante la gestación (signos y síntomas de peligro)
- Desconocimiento de derechos sexuales y reproductivos.
- Desconocimiento de derechos y deberes en salud.

DEMORA 2. Oportunidad de decisión y la acción

- Si se presentan inconvenientes familiares, culturales, económicos para tomar decisión oportuna de solicitar atención médica.
- Experiencias negativas en los servicios de salud demoraron la decisión de solicitar atención.

DEMORA 3. Acceso a la atención / Logística de referencia

- Inaccesibilidad geográfica o por orden público

- Falta de estructura vial y de comunicaciones
- Factores económicos dificultaban el traslado
- No hubo el acceso a la atención en salud debido a que se solicitó el pago por algún servicio.
- Remisión oportuna

DEMORA 4. Calidad de la atención

- Tratamiento médico adecuado y oportuno.
- Calidad de la atención prenatal en cuanto a identificación del riesgo.
- Personal suficiente y capacitado para la atención de parto.
- Evaluación y cumplimiento de protocolos.
- Deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados, etc.
- Programas de promoción y prevención ineficientes.
- Inconvenientes en la oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante.
- Atención en niveles no acordes a su gravedad.
- Calidad de los apoyos diagnósticos (ecografías, exámenes de laboratorio, etc.).
- Deficiente historia clínica.
- Niveles de atención que no garantizan en forma permanente servicios que se habilitan o acreditan.

Lo anterior es una forma para poder analizar las causas de las demoras que se presentaron en la mortalidad perinatal para poder prevenirlas, con lo cual se identifican los diferentes tipos de errores y de esta manera actuar en ellos.

3.3. MARCO CONCEPTUAL

BAJO PESO AL NACER: Nacido vivo con menos de 2500 gramos al nacimiento.(29)

PREECLAMPSIA: Presión arterial igual o mayor a 140/90mmHg con proteinuria mayor a 300 mg en 24hs en la segunda mitad del embarazo, en el parto o en el puerperio inmediato.(30)

ADOLESCENCIA: Etapa que transcurre entre los 10-19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10-14 años) y la adolescencia tardía (15-19 años). (31)

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia Epidemiológica: Este sistema recoge la información de los eventos de salud pública de notificación obligatoria. Esta fuente se consultó directamente en la Dirección Seccional de Salud de Nariño.(32)

PARTO PREMATURO: Es multifactorial e incluye las condiciones socioeconómicas, la desnutrición materna, la anemia por deficiencias de hierro, infecciones de las vías urinarias vaginales, la edad materna joven en un primer momento los trastornos hipertensivos de entrega y durante el embarazo.(33)

CONTROL PRENATAL: Conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional. (15)

3.4. MARCO LEGAL

Para cerciorar el ámbito legal que implica este estudio, se citaran las leyes que determinan el Sistema de Calidad en Salud

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA 1991

CAPITULO 2: DE LOS DERECHOS SOCIALES, ECONOMICOS Y CULTURALES

Artículo 44. “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión...”

Artículo 48. “...La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social...”

Artículo 49. “...Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad...”

Artículo 50. “Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado...”(34)

CAPITULO I: DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º: “Objeto. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud”

CAPITULO VI: SALUD PÚBLICA

Artículo 32º. “De la salud Pública. La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país..”

Artículo 33º: “Plan Nacional de Salud Pública. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar.

Este plan debe incluir:

El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública.

Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y reportadas con nivel de tolerancia cero, que serán fijadas para cada año y para cada periodo de cuatros años.

El Plan incluirá acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como medidas orientadas a responder a comportamiento de los indicadores de mortalidad materna...”(35)

DECRETO 2737 DE 1989

CAPÍTULO II: DE LOS DERECHOS DEL MENOR

Los derechos consagrados en la Constitución Política, en el presente código y en las demás disposiciones vigentes, serán reconocidos a todos los menores, sin discriminación alguna por razones de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o cualquier otra condición suya, de sus padres o de sus representantes legales.

ARTICULO 3º “Todo menor tiene derecho a la protección, al cuidado y a la asistencia necesaria para lograr un adecuado desarrollo físico, mental, moral y social; estos derechos se reconocen desde la concepción...”

ARTICULO 4º “Todo menor tiene el derecho intrínseco a la vida y es obligación del Estado garantizar su supervivencia y desarrollo”.

ARTICULO 9º “Todo menor tiene derecho a la atención integral de su salud, cuando se encuentre enfermo o con limitaciones físicas, mentales o sensoriales, a su tratamiento y rehabilitación. El Estado deberá desarrollar los programas necesarios para reducir la mortalidad y prevenir la enfermedad, educar a las familias en las prácticas de higiene y saneamiento y combatir la mal nutrición, otorgando prioridad en estos programas al menor en situación irregular y a la mujer en período de embarazo y de lactancia...”.(36)

MINISTERIO DE LA JUVENTUD, LA MUJER, LA NIÑEZ Y LA FAMILIA

LEY N°. 4 DE 29 DE ENERO DE 1999

CAPITULO I DESARROLLO HUMANO Y ECONÓMICO

ARTÍCULO 13. “La Dirección Nacional de la Juventud en conjunto con el Instituto de Estudios Interdisciplinarios del Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia deben elaborar cada dos años estudios e investigaciones con enfoque de género sobre la situación y condición de las adolescentes”.

CAPITULO VII: Salud

ARTÍCULO 82. “La atención de la salud biopsicosocial proporcionada a mujeres y particularmente a los adolescentes, por la Caja del Seguro Social y el Ministerio de Salud, debe brindarse en un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto de sus derechos humanos y de ninguna manera se solicitarán requisitos que limiten su ejercicio”

ARTÍCULO 83. “El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social en coordinación a nivel intersectorial, desarrollarán campañas anuales de divulgación, información y atención dirigidas a las adolescentes y sus familias

que permitan potenciar la promoción de estilos de vida saludables considerando factores de riesgo y factores protectores de la salud”.

ARTÍCULO 88. “El Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social deben desarrollar programas de capacitación y divulgación dirigido a las mujeres y sus familias para prevenir infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y SIDA”.(37)

LEY 100 DE 1993, CAPITULO III: EL REGIMEN DE BENEFICIOS

ARTICULO. 166 Atención materna infantil. “El plan obligatorio de salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia...”.

PARAGRAFO. 2º “El Gobierno Nacional organizará un programa especial de información y educación de la mujer en aspectos de salud integral y educación sexual en las zonas menos desarrolladas del país. Se dará con prioridad al área rural y a las adolescentes...”(38)

MINISTERIO DE SALUD, RESOLUCION NUMERO 5261 DE 1994

Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud(39)

CODIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA, LEY 1098 DEL 2006

Este código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.

CAPÍTULO II: DERECHOS Y LIBERTADES

ARTÍCULO 27: “Derecho a la salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral...”

ARTICULO 46 “...Diseñar, desarrollar y promocionar programas que garanticen a las mujeres embarazadas la consejería para la realización de la prueba voluntaria del VIH/SIDA y en caso de ser positiva tanto la consejería como el tratamiento antirretroviral y el cuidado y atención para evitar durante el embarazo, parto y posparto la transmisión vertical madre-hijo.

Garantizar el acceso gratuito de los adolescentes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva.

Desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes...”(40)

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En cuanto al objetivo general plantea mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas. Las metas, por su parte, apuntan a la reducción del embarazo adolescente, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ITS, el VIH y el SIDA y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual.(41)

4 OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar la Mortalidad Perinatal en gestantes adolescentes (<19 años) en el Departamento de Nariño, 2012-2014.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.** Caracterizar sociodemográficamente a la población objeto de estudio.
- 2.** Identificar los antecedentes de riesgos y complicaciones del actual embarazo en la población objeto de estudio.
- 3.** Establecer antecedentes prenatales, información del parto y nacimiento en la población objeto de estudio.
- 4.** Relacionar causas de muerte con los datos adicionales de muerte perinatal.

5 METODOLOGÍA

5.1. DISEÑO DE ESTUDIO

Enfoque: Cuantitativo

Tipo De Estudio: Observacional, Descriptivo, de direccionalidad retrospectiva, de diseño trasversal, correlacionales.

5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Total de fichas de notificación de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía que reposa en el Instituto Departamental de Salud De Nariño de los casos reportados en el 2012-2014, se reportaron 560 casos de los cuales se ajustaron a los criterios de inclusión de este estudio 215, quienes fueron la población de estudio sin hacer muestreo.

5.3. CRITERIOS DE TIPIFICACIÓN

5.3.1. Criterios de inclusión

- Mortalidad perinatal en gestantes adolescentes. Etapa que transcurre entre los 10-19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10-14 años) y la adolescencia tardía (15-19 años) OMS
- Muertes perinatales ocurridas en el Departamento de Nariño
- Muertes perinatales ocurridas entre el 2012-2014

5.3.2. Criterios de exclusión

- Ficha mal diligenciada

5.4. RECOLECCION DE LA INFORMACION

Grupo de estudiantes (4) de decimo semestre, de la Fundación Universitaria San Martín los cuales se dirigieron con una solicitud de entrega de información sobre el tema Mortalidad Perinatal en gestantes adolescentes de los años 2012 – 2014. Posteriormente el Instituto Departamental de Salud del Departamento de Nariño acepta la solicitud previamente entregada y accede a facilitarnos la información de dicho tema mediante la entrega de las bases de datos correspondientes a los años anteriormente mencionados, las cuales contenían variables contenidas en fichas de notificación de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía en su cara A y B. Las cuales se analizaron encontrando en 18 variables sociodemográficas, 2 variables de Antecedentes maternos, de riesgo y complicaciones del actual embarazo, 9 antecedentes prenatales, información del parto y nacimiento en la población objeto de estudio.²² Relacionar causas de muerte con los datos adicionales de muerte perinatal.

5.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación contó con el aval y apoyo del Instituto Nacional de Salud, el que cuenta con suficiente conocimiento, además de control y vigilancia epidemiológica en la población de estudio.

Su proceso asume un mínimo de riesgo, por cuanto se enfoca literalmente en determinar y evaluar información, en términos de Mortalidad Perinatal en Gestantes Adolescentes en la población Nariñense.

Esta investigación no generó ningún efecto ambiental.

5.6. SEGOS

El sesgo es de tipo informativo debido a que se trabajó con información recopilada por otras personas diferentes a los investigadores, la cual presentó un error de digitación, el cual quedó registrado en la ficha y por consiguiente en la base de datos que fue la fuente primaria de la investigación, siendo esta la falla primordial para el desarrollo de la presente información.

5.7. ANALISIS ESTADISTICO

Utilizando el programa Excel de Microsoft office, se realizaron los análisis univariados y gráficos de barras y sectores. Se calcularon frecuencias absolutas - relativas y para el análisis bivariado se utilizó el programa start graphics versión Demo, con el cual también se graficaron los diagramas de cajas y bigotes y se obtuvo el valor de “p” con el χ^2 . Para el análisis del objetivo # 4 “Relacionar causas de muerte con los datos adicionales de muerte perinatal” se utilizó la matriz Babies como herramienta para el análisis de mortalidad perinatal, propuesta en el protocolo de SIVIGILA en el protocolo de vigilancia epidemiológica del INSTITUTO NACIONAL DE SALUD.

6 RESULTADOS

Para el cumplimiento del objetivo específico # 1: “Caracterizar sociodemográficamente a la población objeto de estudio” se presenta la siguiente tabla.

Tabla 1. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según variables sociodemográficas.

AÑO	#	%
2012	75	34,88
2013	61	28,37
2014	79	36,75
TOTAL	215	100

EDAD MATERNA	#	%
10	4	1,86
11	1	0,47
12	2	0,93
13	3	1,40
14	7	3,26
15	16	7,44
16	31	14,42
17	40	18,60
18	51	23,72
19	60	27,91
TOTAL	215	100

AREA	#	%
Cabecera Municipal	102	47,44
Centro Poblado	37	17,21
Rural Disperso	76	35,35
TOTAL	215	100

SEGURIDAD SOCIAL	#	%
Regimen Subsidiado	176	81,86

Regimen Contributivo	17	7,91
Regimen Especial	2	0,93
No Asegurado	20	9,3
TOTAL	215	100

ETNIA	#	%
Indigena	22	10,23
Raizal	1	0,47
Otro	136	63,26
TOTAL	159	100

Con respecto al año de ocurrencia la tendencia observada es oscilatoria con un leve descenso entre el año 2012-2013 e incremento para el año 2014, siendo éste el que ha superado los años anteriores.

Con respecto a la edad de las gestantes que presentaron el evento, se observó que a medida de que la edad fue avanzando, aumento el número de casos de mortalidad perinatal a excepción de las gestantes de 10 años que presentaron un número superior (4) a las de 11 a 13 años de edad.

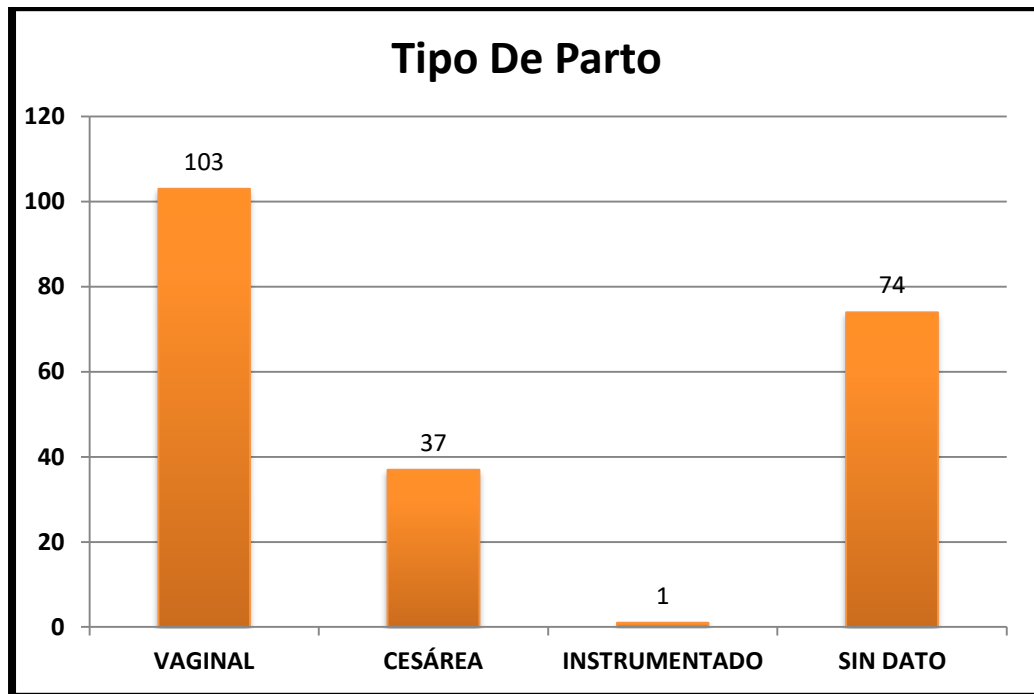
En cuanto al área de ocurrencia del evento, se presentó el mayor porcentaje de mortalidad perinatal a nivel de la cabecera municipal con un 48%, seguido del rural disperso con un 35% y finalmente el centro poblado con un 17%.

El evento en cuanto al régimen en salud presentó una distribución mayor en el régimen subsidiado, el régimen contributivo y el no asegurado con resultado similares con un 8% y 9% respectivamente y con 1% el régimen especial.

Se encontró que la mortalidad perinatal según la etnia de las adolescentes pertenece en mayor porcentaje a otro grupo étnico con un 63% seguido de afrocolombiano, indígena y raizal.

Para el cumplimiento del objetivo específico # 2: “Identificar los antecedentes maternos, antecedentes de riesgo y complicaciones del actual embarazo en la población objeto de estudio.”

Gráfica 3. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según tipo de parto.

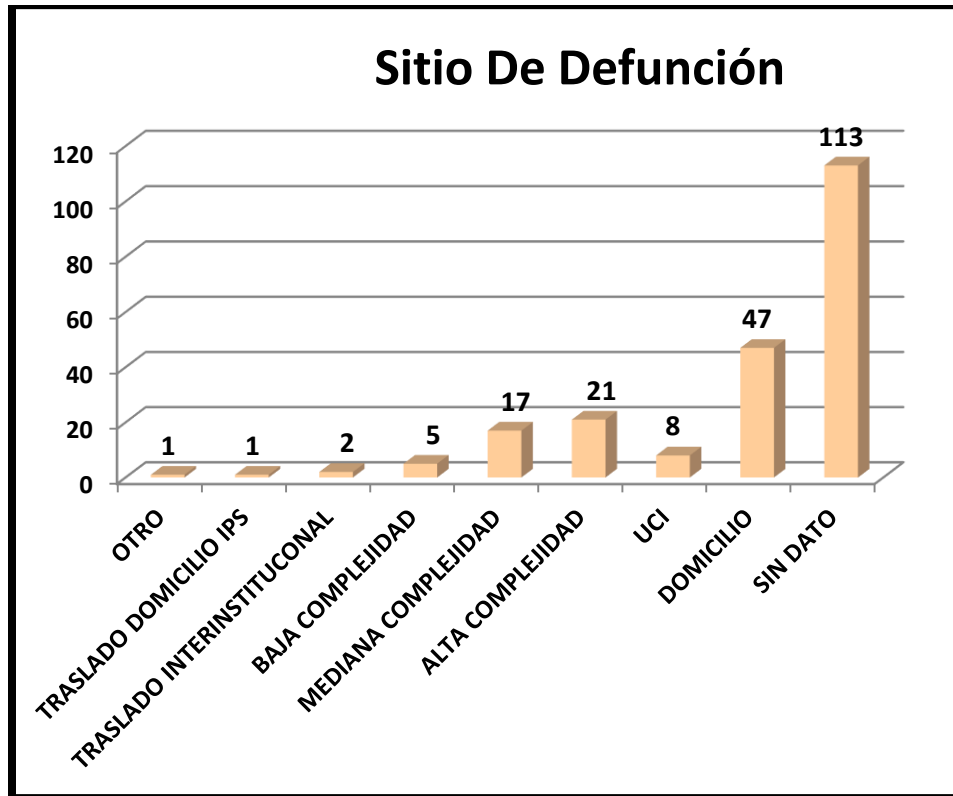


Fuente: Este estudio

n=215

En cuanto al tipo de parto del evento, se presentó que el mayor número de casos fue por parto vaginal (103 casos), seguido de parto por cesárea (37 casos) y parto instrumentado (1 caso). Además se observó que no hubo registro de 74 casos.

Gráfica 4. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según sitio de defunción.

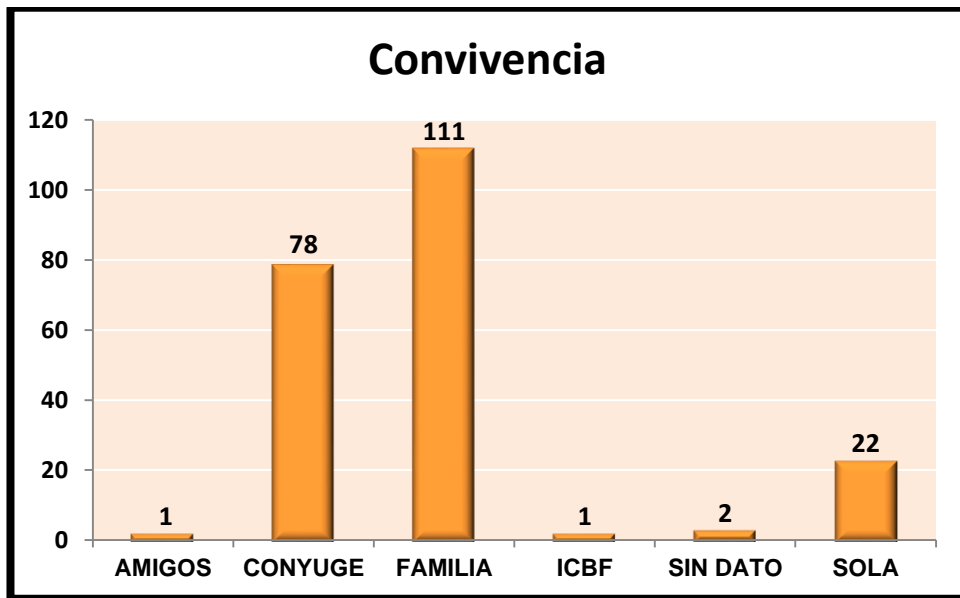


Fuente: Este estudio

n=215

Según el sitio de defunción, se observó que la mayoría de los casos de mortalidad perinatal se dieron en el domicilio (47), seguido de la alta complejidad (21) y la mediana complejidad (17) y en 113 gestantes no hubo registro del sitio de defunción.

Gráfica 5. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la convivencia de la gestante.

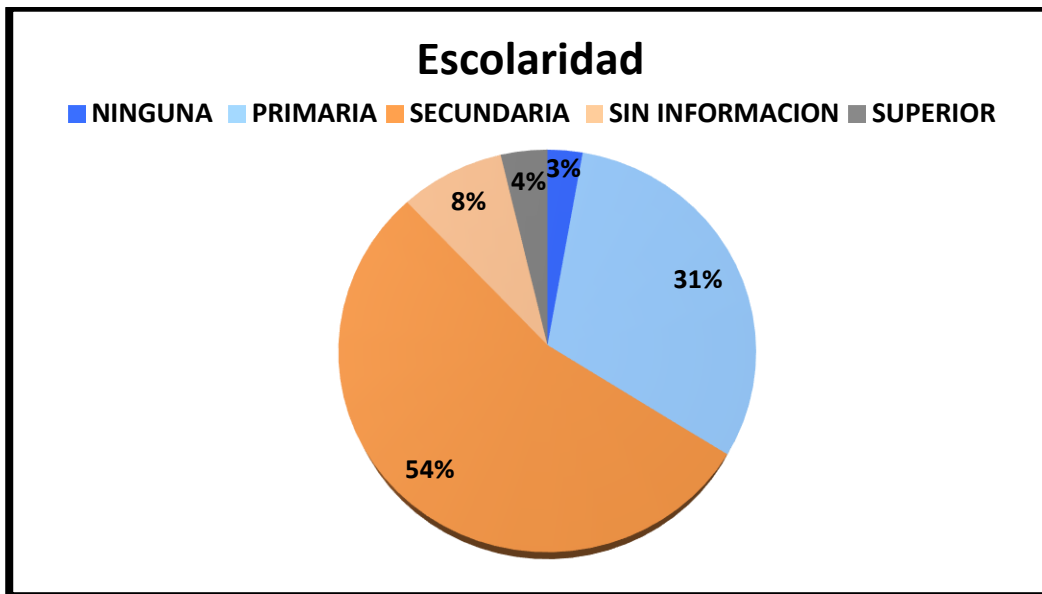


Fuente: Este estudio

n=215

En cuanto a la convivencia de la gestante adolescente, se encontró que el mayor número de casos fue presentar una convivencia con la familia (111 casos), seguida de la convivencia con el conyugue (78 casos), sola (22 casos), con ICBF (1 caso) y con amigos (1 caso). Además se obtuvieron 2 casos sin registrar.

Gráfica 6. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la escolaridad.

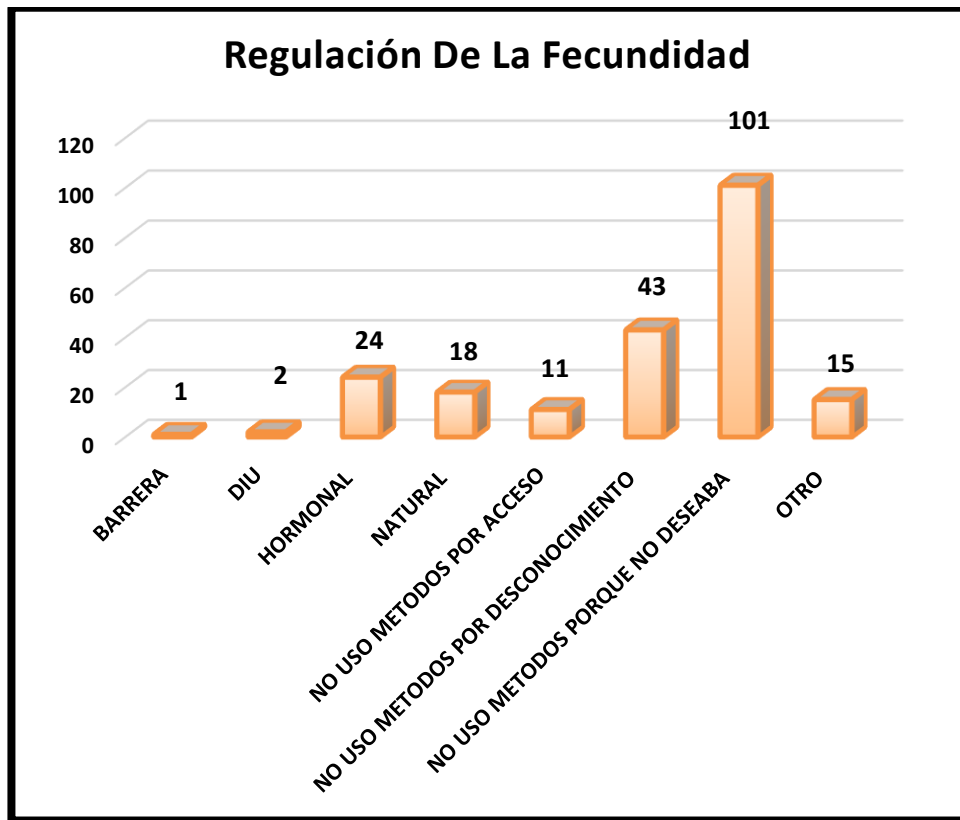


Fuente: Este estudio

n=215

Con respecto a la escolaridad de las gestantes adolescentes, la mortalidad perinatal se encontró en mayor porcentaje en las que cursaban básica secundaria con un 54%, seguido de un 31% cuando cursaban básica primaria, en tanto las que cursaban con educación superior, el evento se presentó en un 4%.

Gráfica 7. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según regulación de la fecundidad

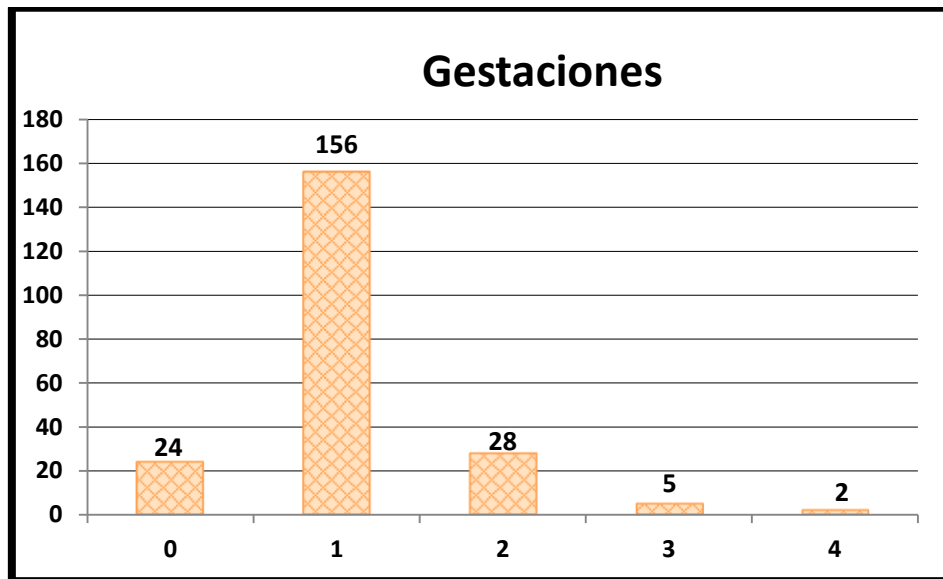


Fuente: Este estudio

n=215

Según la presentación del evento en cuanto a la regulación de la fecundidad de las gestantes, se encontró que la mayoría no usa un método de planificación familiar porque no deseaba, también se encontró que un número considerable desconocía los métodos de planificación familiar y otro número menor de pacientes a pesar de estar planificando, presentaron el evento.

Gráfica 8. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según gestaciones.

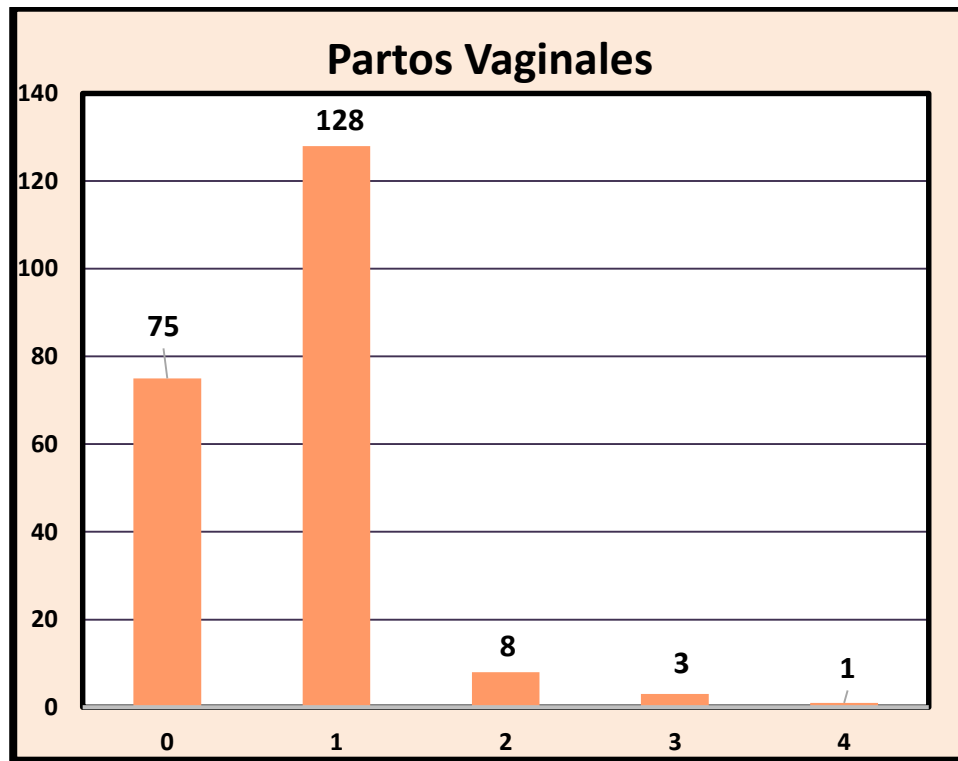


Fuente: Este estudio

n=215

Con respecto al antecedente de gestaciones, se encontró que la mayoría de las adolescentes con mortalidad perinatal presentaban un embarazo previo (156), seguido de adolescentes con 0 gestas y otras con 2 gestaciones previas.

Gráfica 9. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según los partos vaginales.

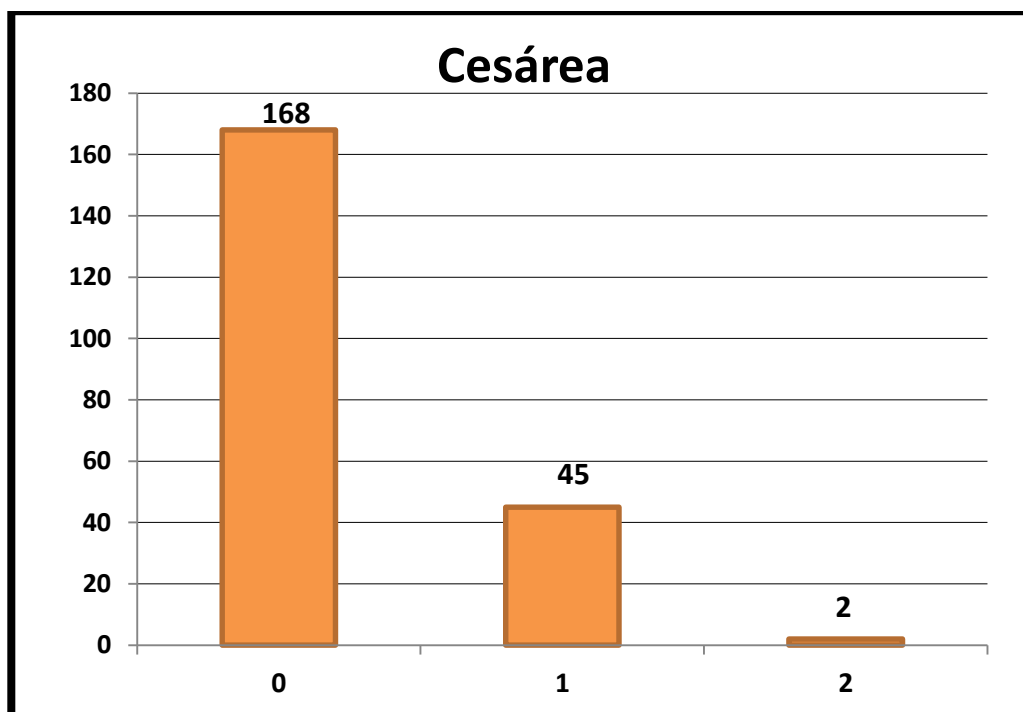


Fuente: Este estudio

n=215

Con respecto al antecedente de partos vaginales, se encontró una frecuencia de (128) gestantes adolescentes que tuvieron un parto vaginal previo, pero también se observó que hubo gestantes sin ningún parto vaginal anterior.

Gráfica 10. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el número de cesárea.

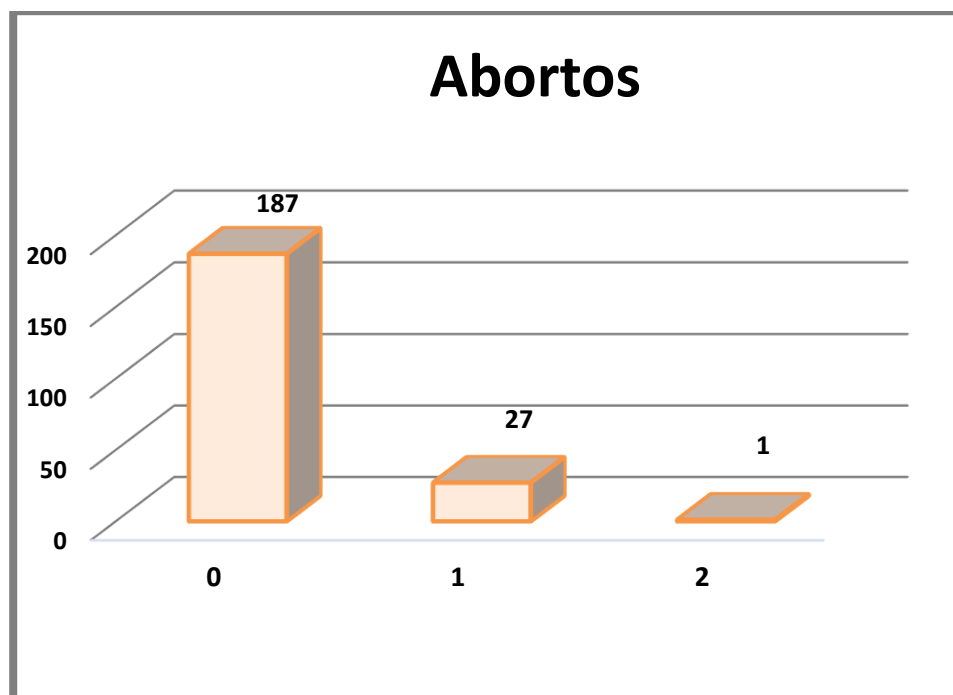


Fuente: Este estudio

n=215

Con respecto al antecedente de cesárea, se observó una frecuencia de 168 gestantes adolescentes que no presentaron cesáreas previa y 45 ya cursaba con una cesárea.

Gráfica 11. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según aborto

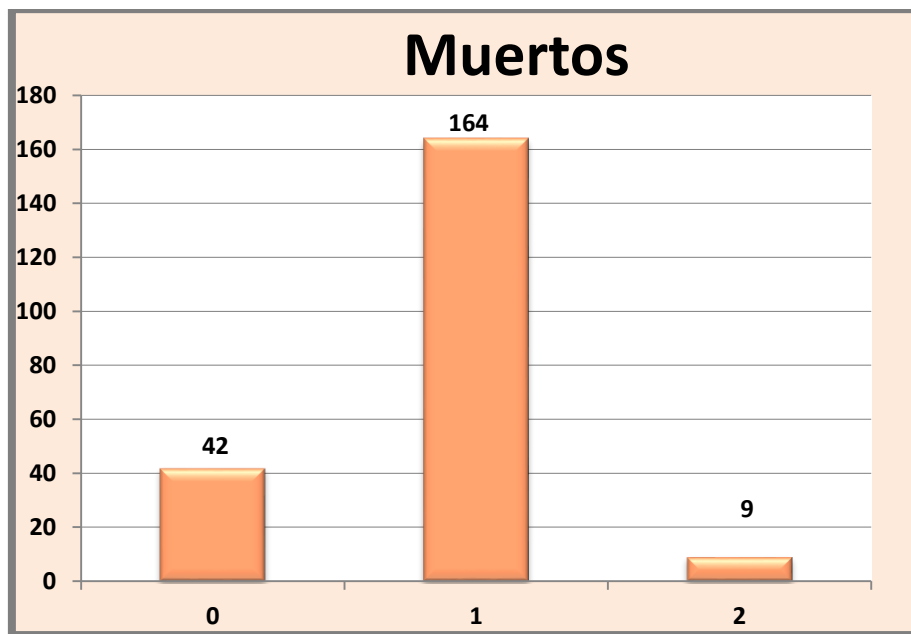


Fuente: Este estudio

n=215

Respecto al antecedente de aborto, se encontró una frecuencia de 187 gestantes adolescentes sin abortos previos y 27 adolescentes con un aborto anterior.

Gráfica 12. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según muertos.

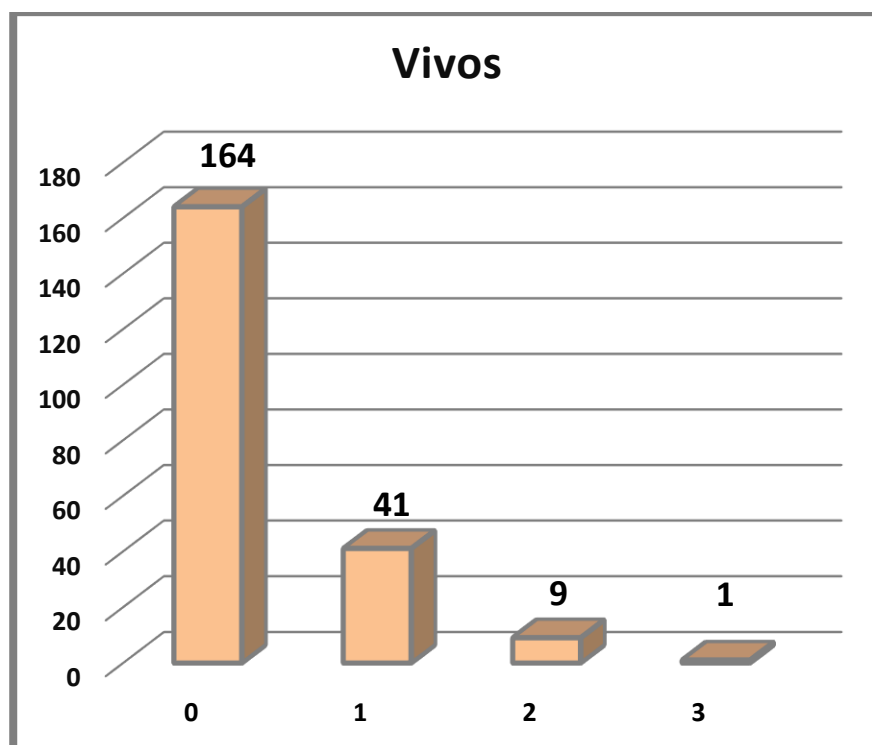


Fuente: Este estudio

n=215

Respecto al antecedente de muerte, se observó una muerte en 164 gestantes adolescentes, dos muertes en 9 gestantes y en 42 gestantes no hubo antecedente de muerte.

Gráfica 13. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el número de hijos vivos de la gestante.



Fuente: Este estudio

n=215

En lo Correspondiente al antecedente de vivos, se observó una frecuencia de 164 casos, en donde las gestantes adolescentes no tenían hijos vivos, sin embargo 41 adolescentes referían tener un hijo vivo, 9 dos hijos y 1 tres hijos vivos.

Tabla 2. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según los antecedentes de riesgo.

ANTECEDENTES	#	%
RN Pretérmino	29	13
ITS y Otras infecciones	14	7
Deficiencias socioeconómicas	6	3
Cardiopatías	3	1
Intergénesis menor de 2 años	3	1
Sustancias toxicas	2	1
BPN	1	0
Ninguna	157	73
TOTAL	215	100

Fuente: Este estudio

n=215

Con relación a los antecedentes de riesgo se observó que las gestantes adolescentes no presentaron ningún riesgo con un 73%. Seguido de recién nacido pretérmino (RN pretérmino) con un 13% infecciones de transmisión sexual (ITS) y otras infecciones con un 7%, deficiencias socioeconómicas con un 3% y en menor porcentaje cardiopatías, intergénesis menor de 2 años, sustancias toxicas y bajo peso al nacer (BPN).

Tabla 3. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según las complicaciones actuales del embarazo

COMPLICACIONES DEL ACTUAL EMBARAZO	#	%
Abuso sexual	1	0,5
Anomalía congénita incompatible con la vida	9	4,2
Anemia traumatismo	1	0,5
Aplicación citotec	2	0,9
Arrinencefalia	1	0,5
Caída de la madre desde su propia altura	1	0,5
Circular no tensa de cordón	1	0,5
Desprendimiento prematuro de placenta	1	0,5
Compresión de cordón	1	0,5
Desproporción céfalo pélvica	4	1,9
Diabetes gestacional	1	0,5
Doble circular de cordón	1	0,5
Preeclampsia, eclampsia y síndrome de hellp	20	9,3
Embarazo no deseado	9	4,2
Hemorragia pulmonar	1	0,5
Hemorragia segundo y tercer semestre	9	4,2
IVU	6	2,8
Malformación congénita	1	0,5
Ninguno	116	54,0
Oligohidramnios	2	0,9
Parto pretérmino	6	2,8
Retardo crecimiento intrauterino	10	4,7
Retención placentario	1	0,5
Ruptura prematura de membranas	2	0,9
Sepsis	3	1,4
Sin CNP adecuado por obstetra	1	0,5
Trauma	3	1,4
Trombocitopenia materna	1	0,5
TOTAL	215	100

Fuente: Este estudio

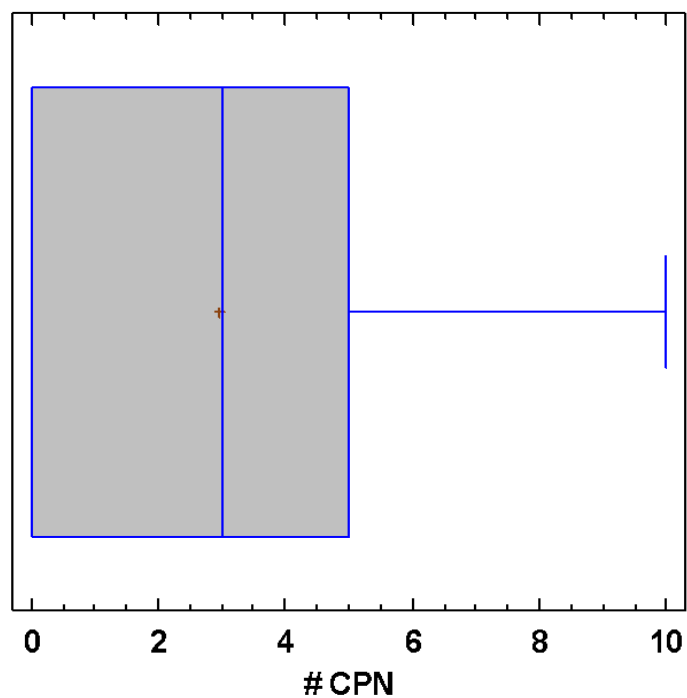
n=215

Con relación a las complicaciones del actual embarazo de las gestantes adolescentes se observó que el 54% no presentaron ninguna complicación, seguido de preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP con un 9,3 %, retardo del crecimiento intrauterino con un 4,7% y con un porcentaje de 4,2 %, anomalía congénita incompatible con la vida, embarazo no deseado, hemorragia segundo y tercer semestre.

Para el cumplimiento del objetivo específico # 3: "Establecer antecedentes prenatales, información del parto y nacimiento en la población"

Gráfica 14. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según número de controles prenatales.

Gráfico de Caja y Bigotes



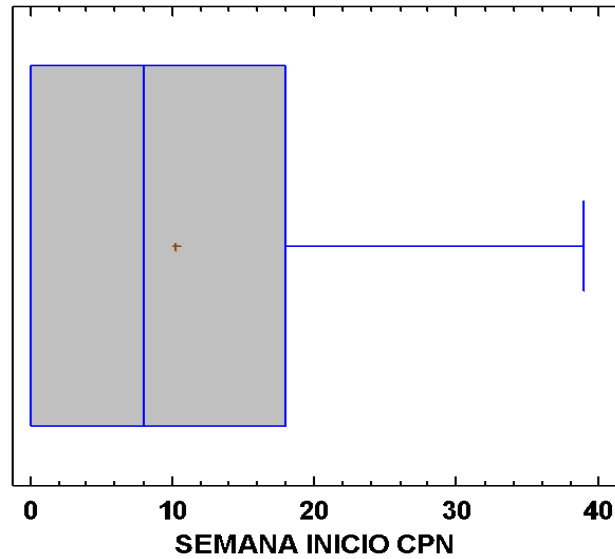
Fuente: Este estudio

n=207

En las 207 gestantes adolescentes, la mediana correspondió a 3 controles prenatales, además se observó un número mínimo de controles prenatales de 0 y un solo caso con 10 controles prenatales.

Gráfica 15. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la semana de inicio de controles prenatales.

Gráfico de Caja y Bigotes

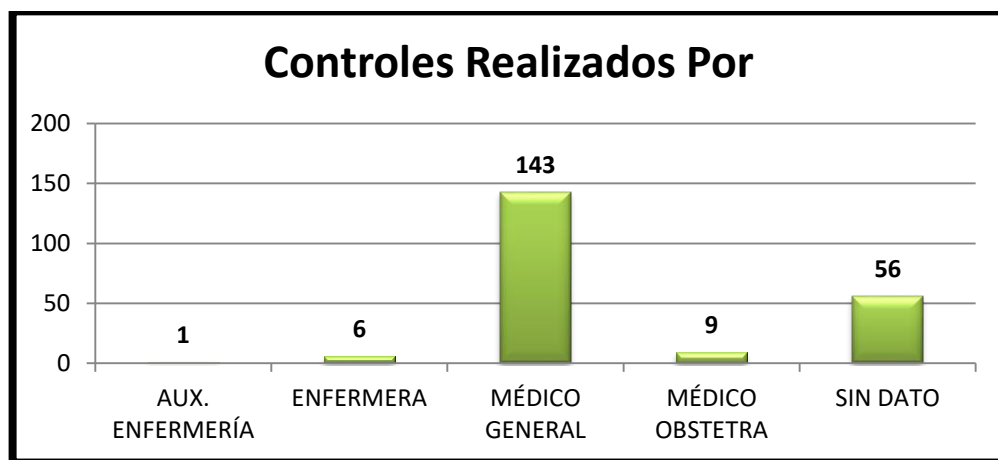


Fuente: Este estudio

n=215

En las 215 gestantes adolescentes la mediana correspondió a 8 semanas de inicio del control prenatal. Se presentó un valor mínimo de inicio de controles a la semana 0 y un máximo a la semana 39.

Gráfica 16. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según controles realizados por.

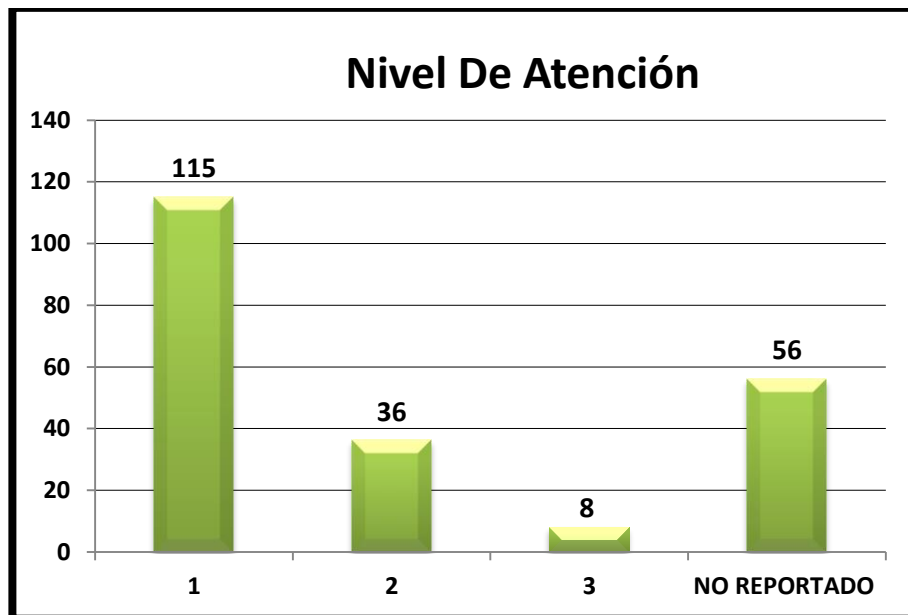


Fuente: Este estudio

n=215

En el evento de mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, los controles fueron realizados por el médico general en 143 casos, seguido del médico obstetra en 9 casos. Sin embargo en 56 casos no se reportó que personal de la salud realizó el control prenatal.

Gráfica 17. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el nivel de atención.

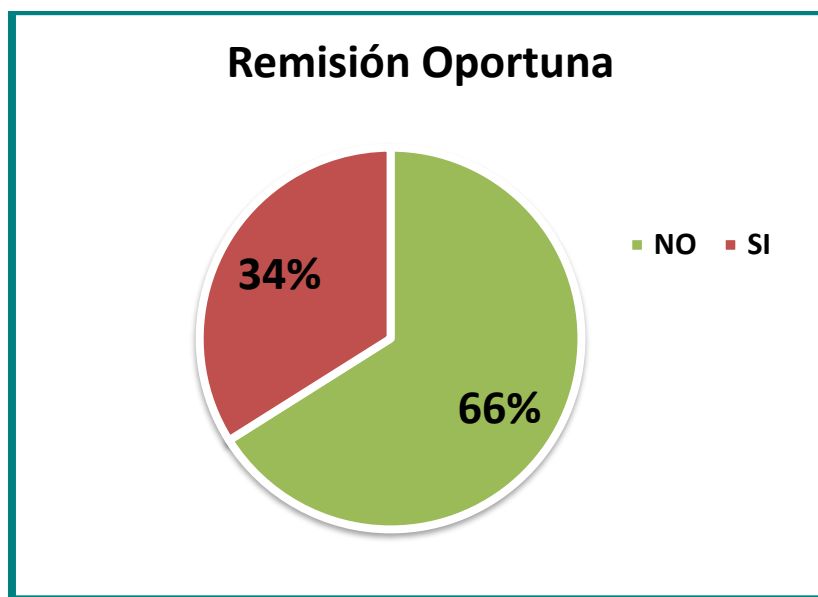


Fuente: Este estudio

n=215

Respecto al nivel de atención donde se presentó el evento, se observó que en la mayoría de los casos hubo atención en el nivel 1 con 115, en menor frecuencia en el nivel 2 de atención con 36, en nivel 3 con 8 y en 56 casos no se reportó el nivel de atención del evento.

Gráfica 18. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según remisión oportuna.



Fuente: Este estudio

n=162

Con respecto a la remisión oportuna de los casos con mortalidad perinatal, se encontró que en 66% hubo una remisión oportuna y el 34% restante si presentó una remisión oportuna.

Tabla 4. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según las complicaciones maternas.

COMPLICACIONES DE LA MADRE	#	%
Otros trastornos endocrinos neonatales transitorios	1	0,5
Paro cardio - respiratorio	1	0,5
Pérdida de sangre fetal	1	0,5
SDRA del Recién Nacido	1	0,5
Sepsis bacteriana del Recién Nacido no especificada	1	0,5
Trastornos cardiovasculares	2	0,9
Sin dato	187	87,0
Supervisión del primer embarazo normal	1	0,5
Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del RN	1	0,5
TOTAL	215	100

Fuente: Este estudio

n=215

En lo relacionado con las complicaciones de la madre se identifica que las complicaciones más frecuentes fueron asfixia de nacimiento e hipoxia intrauterina con un 1.9 % y un 2.8 % respectivamente y se observó un 87% sin datos.

Gráfica 19. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el parto atendido por.

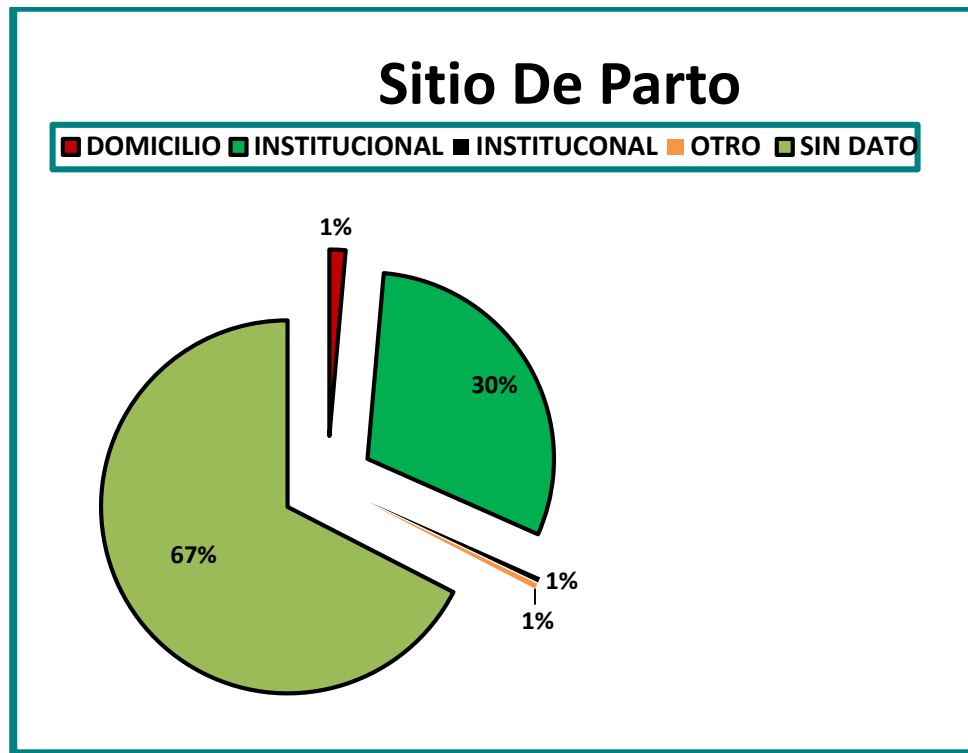


Fuente: Este estudio

n=215

Con respecto a la distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el parto atendido por, se observó que en la mayoría de los casos se atendió por médico obstetra y médico general (78 y 53), 3 casos fueron atendido por enfermera, auxiliar de enfermería, 2 casos por otro familiar y se observa que en 73 casos no hay reporte de quien atendió el parto.

Gráfica 20. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según sitio de parto.

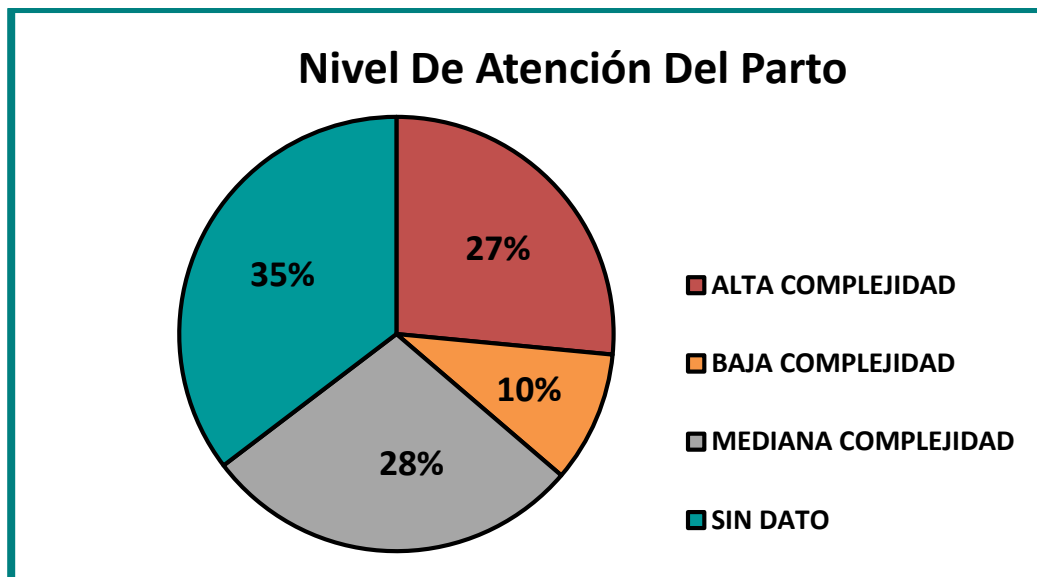


Fuente: Este estudio

n=215

En lo correspondiente a la distribución del evento según el sitio de parto se observó que en un 67% no hubo reporte del dato y que en un 30% se atendió de manera institucional y que en un porcentaje mucho menor 1% se atendió de manera domiciliaria.

Gráfica 21. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el nivel de atención del parto.



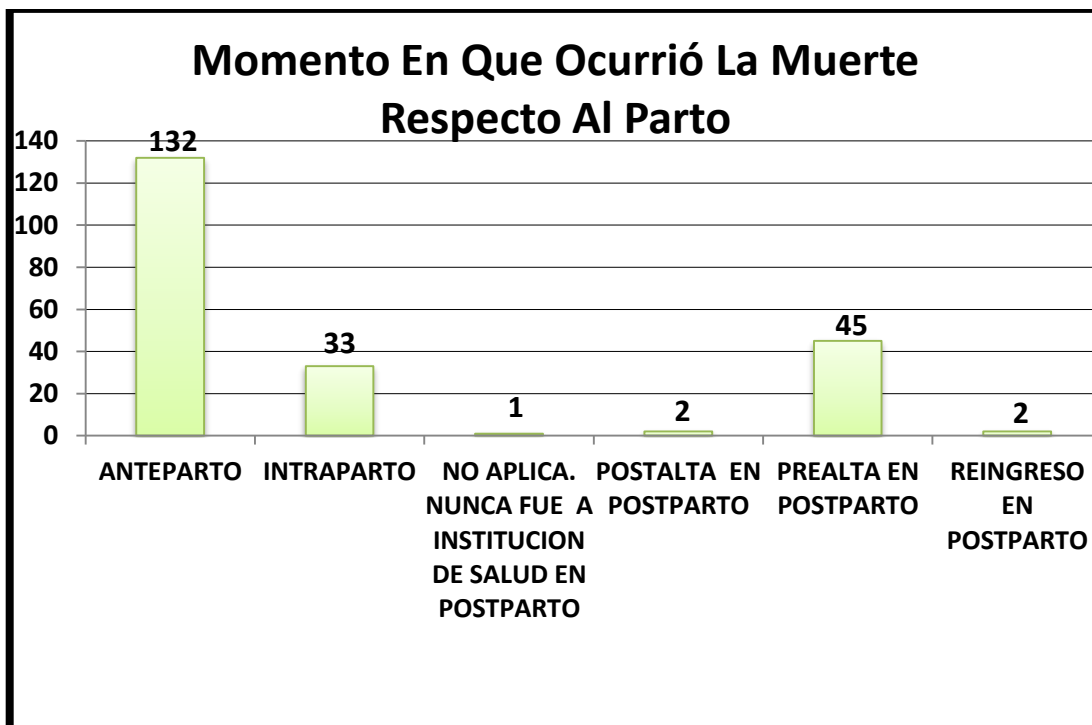
Fuente: Este estudio

n=215

Con respecto al nivel de atención del parto se observa que en el mayor porcentaje de casos 35% no se reportó el dato, que el 28 % de los casos se atendió en un nivel de mediana complejidad, que el 27 % de los casos fue atendido en un nivel de alta complejidad y que en un 10% se atendió en nivel de baja complicada.

Para el cumplimiento del objetivo específico # 4: “Relacionar causas de muerte con los datos adicionales de muerte perinatal”

Gráfica 22. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el momento en que ocurrió la muerte respecto al parto.



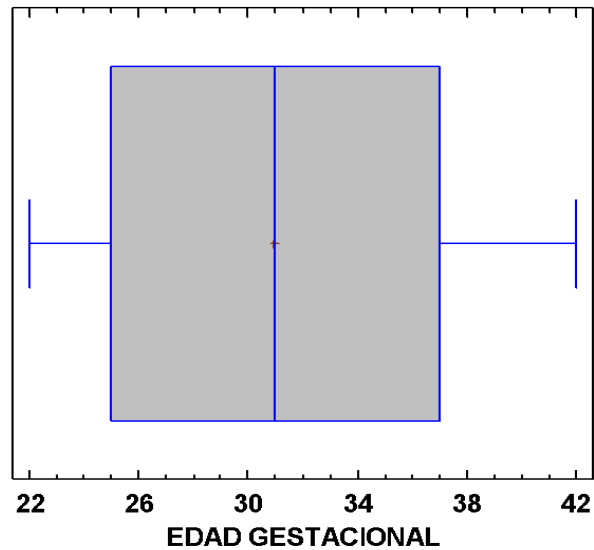
Fuente: Este estudio

n=215

En lo relacionado con el momento en que ocurrió la muerte respecto al parto se encontró que en 132 casos a muerte ocurrió en el anteparto, seguido de las muertes en pre alta del postparto con 45 casos, y en el intraparto con 33 casos.

Gráfica 23. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la edad gestacional.

Gráfico de Caja y Bigotes

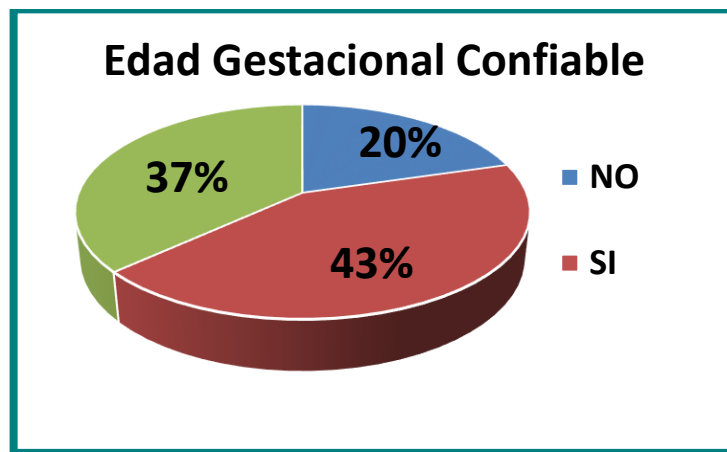


Fuente: Este estudio

n=215

En las 215 gestantes adolescente la mediana correspondió a una edad gestacional de 31 semanas, se presentó un valor mínimo de 22 semanas y un máximo de 42 semanas

Gráfica 24. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según edad gestacional confiable

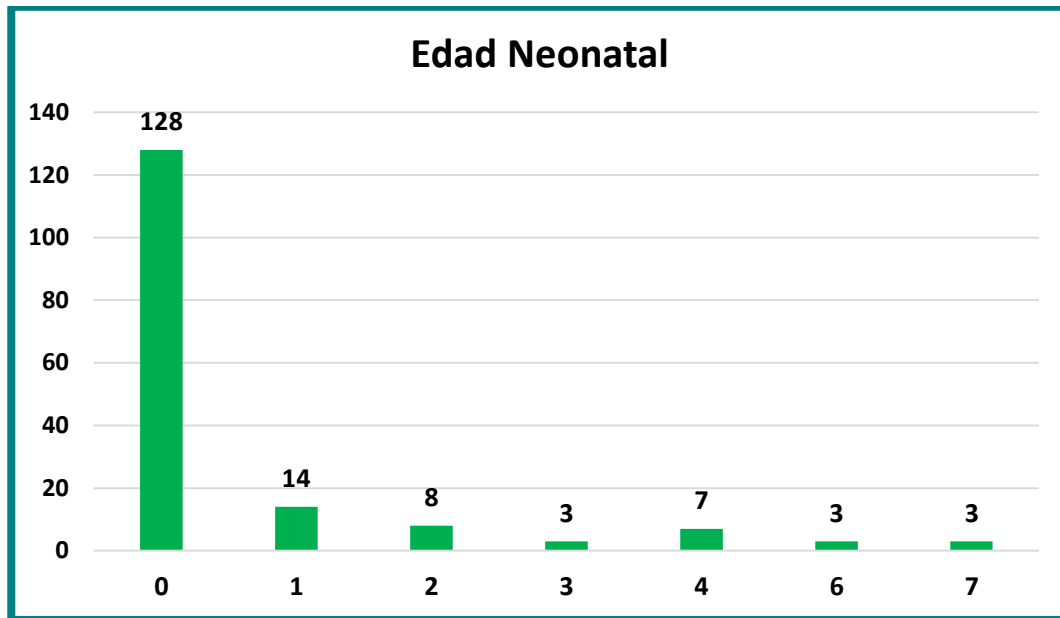


Fuente: Este estudio

n=215

De las 215 gestantes adolescentes, la mortalidad perinatal solo en el 43% presentó con una edad gestacional confiable, un 20% con una edad gestacional no confiable y un 37% sin dato.

Gráfica 25. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según edad neonatal.



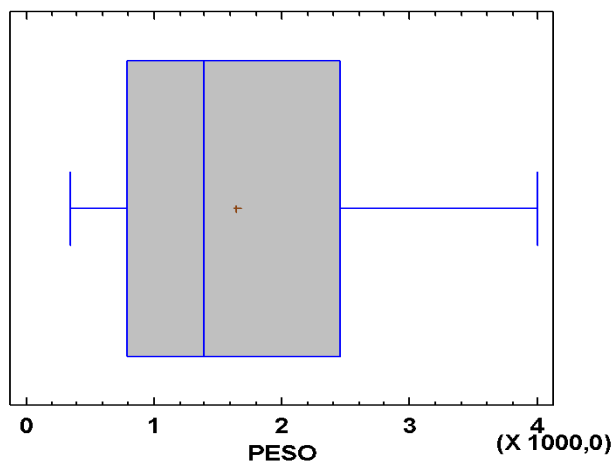
Fuente: Este estudio

n=166

La mortalidad perinatal según la edad neonatal se presentó en primer lugar el día 0 con una frecuencia de 128 casos, una disminución amplia para el día 1 de 14 casos y una tendencia estable hasta el día séptimo.

Gráfica 26. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el peso del recién nacido.

Gráfico de Caja y Bigotes



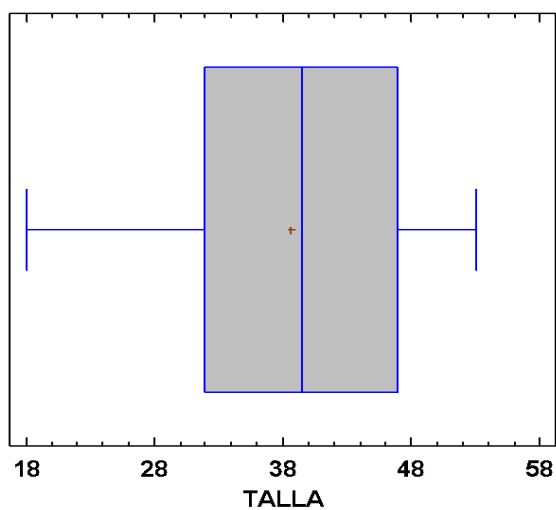
Fuente: Este estudio

n=214

De los 214 recién nacidos evaluados la mediana de peso fue de 1395gr, indicando un muy bajo peso al nacer, un valor mínimo de 500gr y un máximo de 400gr.

Gráfica 27. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la talla del recién nacido.

Gráfico de Caja y Bigotes

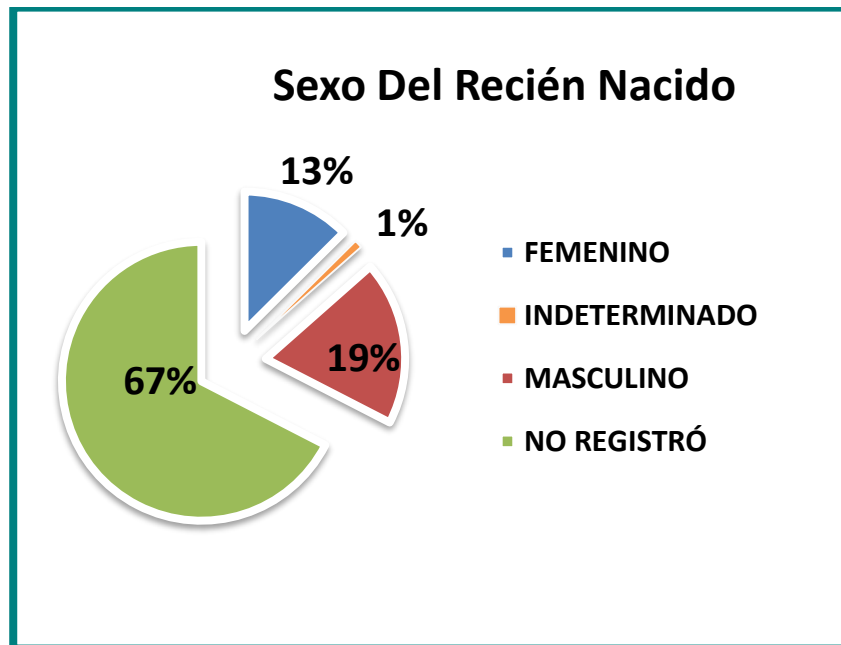


Fuente: Este estudio

n=214

En los 214 recién nacidos la mediana de la talla correspondió a 39, 5 cm lo cual muestra una talla baja. Además se encontraron 2 casos de valores extremos, uno con 18 cm y otro con 53 cm.

Gráfica 28. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el sexo del recién nacido.



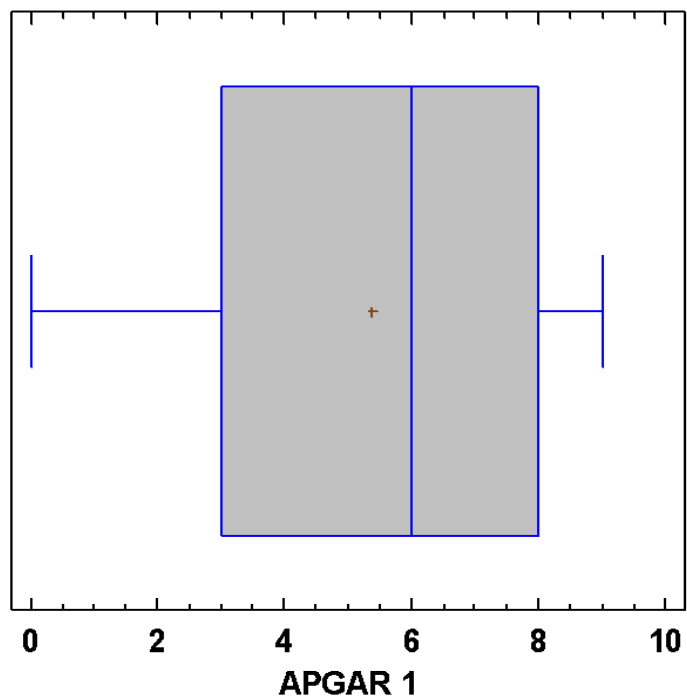
Fuente: Este estudio

n=215

Según el sexo del recién nacido en la mortalidad perinatal se observó un 19% en el sexo masculino, 13% femenino, 1% indeterminado y un 67% no fue registrado.

Gráfica 29. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según APGAR 1'

Gráfico de Caja y Bigotes



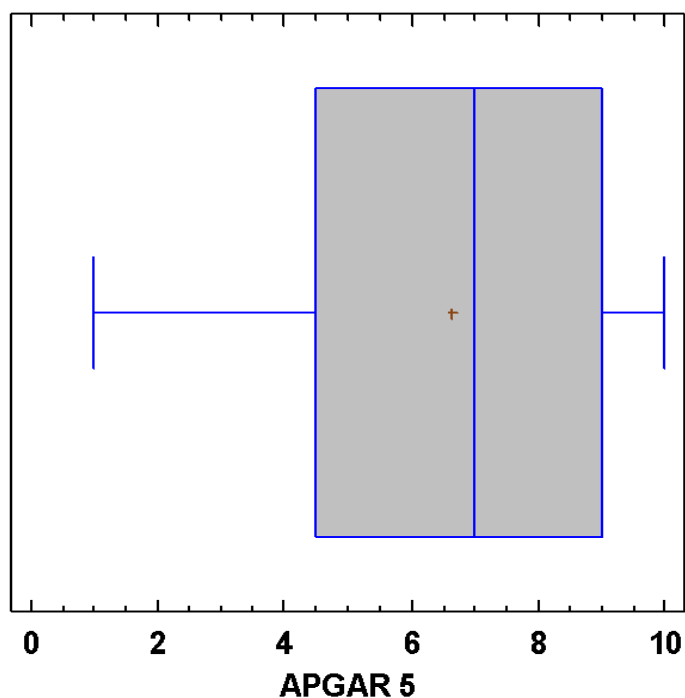
Fuente: Este estudio

n=49

De los 49 recién nacidos a los cuales se les realizó APGAR al primer minuto, se presentó una mediana de 6 puntos. Un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 10.

Gráfica 30. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según APGAR 5'

Gráfico de Caja y Bigotes

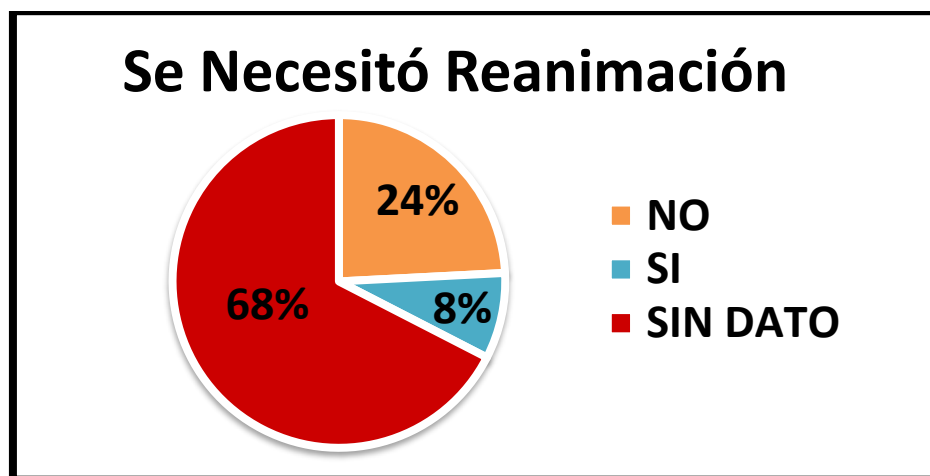


Fuente: Este estudio

n=28

De los 28 recién nacidos a los cuales se les realizó APGAR 5 se presentó una mediana de 7 en la puntuación APGAR, lo que hace referencia a mayor adaptación a la vida extrauterina. Se encontró valores mínimos de 1 y máximo de 10.

Gráfica 31. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según se necesitó reanimación.

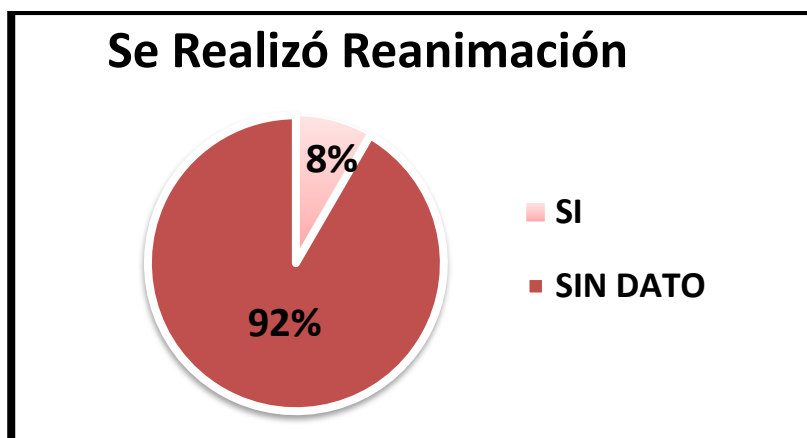


Fuente: Este estudio

n=215

La mortalidad perinatal según la necesidad de reanimación, reveló que solo un 8% necesitó reanimación, un 24% no necesitó reanimación, pero hay un 68% a los cuales no se les registró la información.

Gráfica 32. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según se realizó reanimación

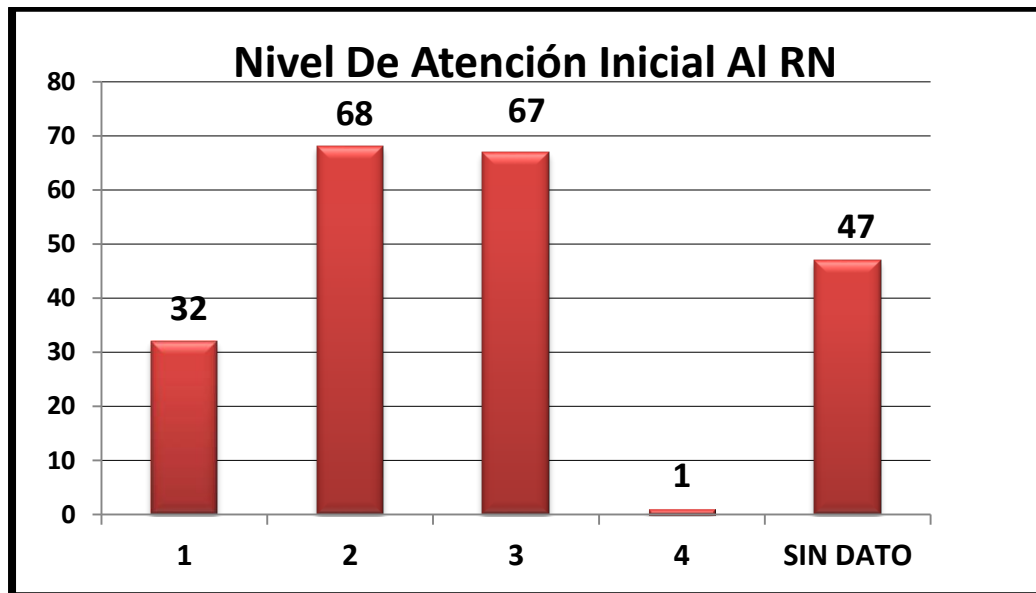


Fuente: Este estudio

n=215

La mortalidad perinatal en el análisis de esta variable se presentó en un 8%, en quienes se realizó reanimación, correspondiendo éstas a las solicitudes realizadas.

Gráfica 33. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el nivel de atención inicial al RN

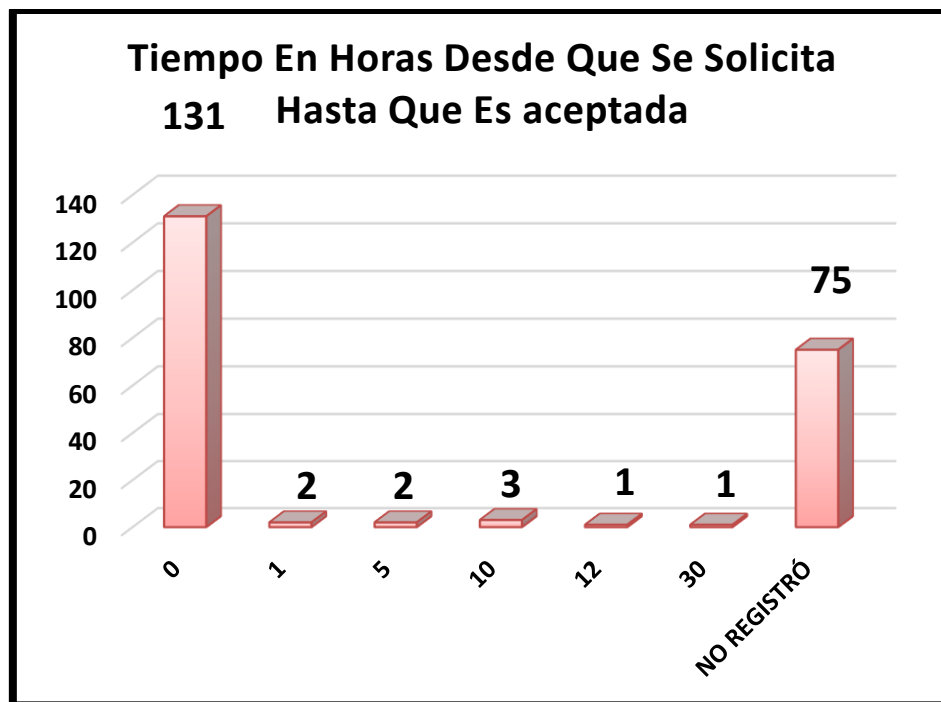


Fuente: Este estudio

n=215

El evento de Mortalidad Perinatal según el nivel de atención inicial del recién nacido expresó, que los niveles de complejidad 2 y 3 son los principales niveles de atención con una frecuencia de 68 y 67 respectivamente.

Gráfica 34. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el tiempo de horas desde que se solicita hasta que aceptada

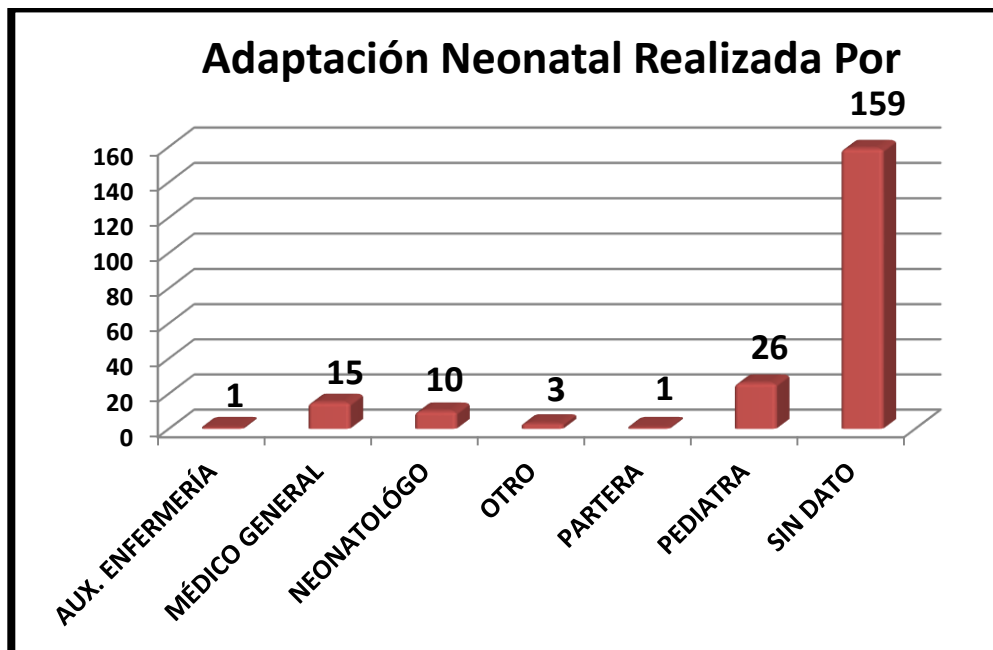


Fuente: Este estudio

n=215

Con respecto al tiempo desde que se solicita hasta que es aceptada la reanimación, la mortalidad perinatal se presentó en un tiempo inferior a una hora en 131 casos, un valor extremo de 30 horas con un caso y en las horas inferiores a la anterior, los casos fueron estables entre 1 y 3.

Gráfica 35. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según adaptación neonatal realizada por.



Fuente: Este estudio

n=215

Según la variable de adaptación neonatal en mortalidad perinatal, los resultados mostraron que ésta fue realizada en el mayor de los casos por el pediatra con una frecuencia de 26, seguido del médico general y neonatólogo con 15 y 10 respectivamente y 159 casos sin datos.

Tabla 5. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la causa básica de muerte.

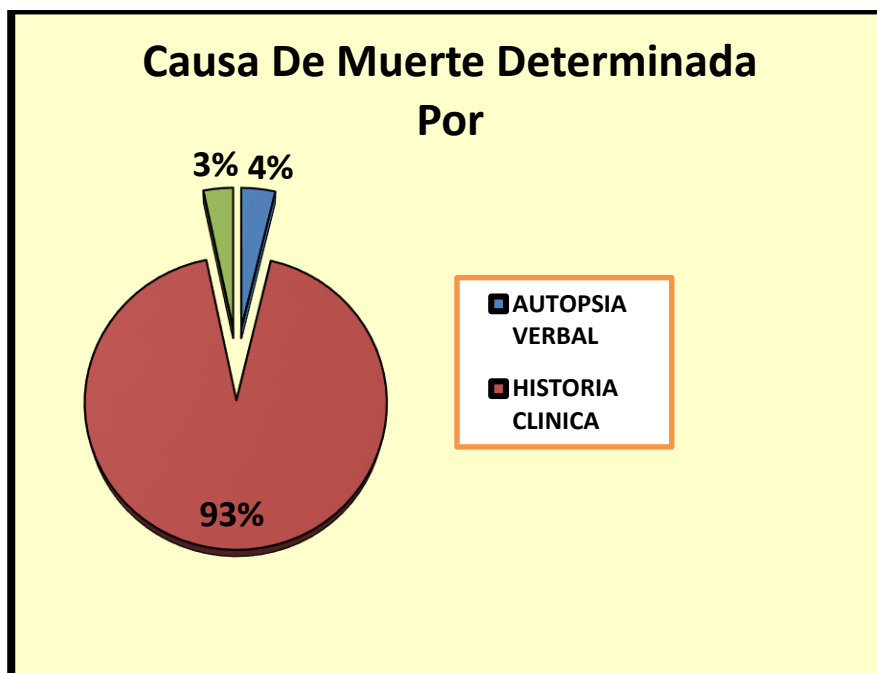
CAUSA BÁSICA	#	%
Hipoxia intrauterina notada por primera vez antes del inicio de trabajo de parto	13	6,0
Hipoxia intrauterina notada por primera vez durante el trabajo de parto y el parto	2	0,9
Hipoxia intrauterina no especificada	15	7,0
Inmadurez extrema	13	6,0
Insuficiencia respiratoria no clasificada en otra parte	2	0,9
Muerte fetal de causa no especificada	5	3
No registró	79	36,7
Objeto extraño dejado accidentalmente en el cuerpo durante remoción de catéter o taponamiento	1	0,5
Otras afectaciones especificadas originadas en el periodo perinatal	2	0,9
Otro recién nacido pretérmino	4	1,9
Otros síndromes de malformaciones congénitas especificadas no clasificadas en otra parte	1	0,5
Paro respiratorio	2	0,9
Parto por cesárea de emergencia	1	0,5
Parto prematuro	4	1,9
Placenta previa con especificación de que no hubo hemorragia	1	0,5
Retardo del crecimiento fetal no especificado	1	0,5
SDRA del recién nacido	4	1,9
Sepsis bacteriana del recién nacido no especificada	2	0,9
Sin dato	14	6,5
Sufrimiento materno durante trabajo de parto y parto	2	0,9
Terminación del embarazo feto y recién nacido	1	0,5
Trabajo de parto y parto complicado por anomalías de frecuencia cardíaca fetal	1	0,5
TOTAL	215	100

Fuente: Este estudio

n=215

Respecto a la causa básica de muerte perinatal, se observó que a 93 pacientes no se les registró la causa básica de muerte; y dentro de las causas que más se destacan fueron hipoxia intrauterina no especificada, hipoxia intrauterina notada por primera vez antes del inicio de trabajo de parto e inmadurez extrema (15, 13 y 13 pacientes respectivamente).

Gráfica 36. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la causa de muerte determinada por.

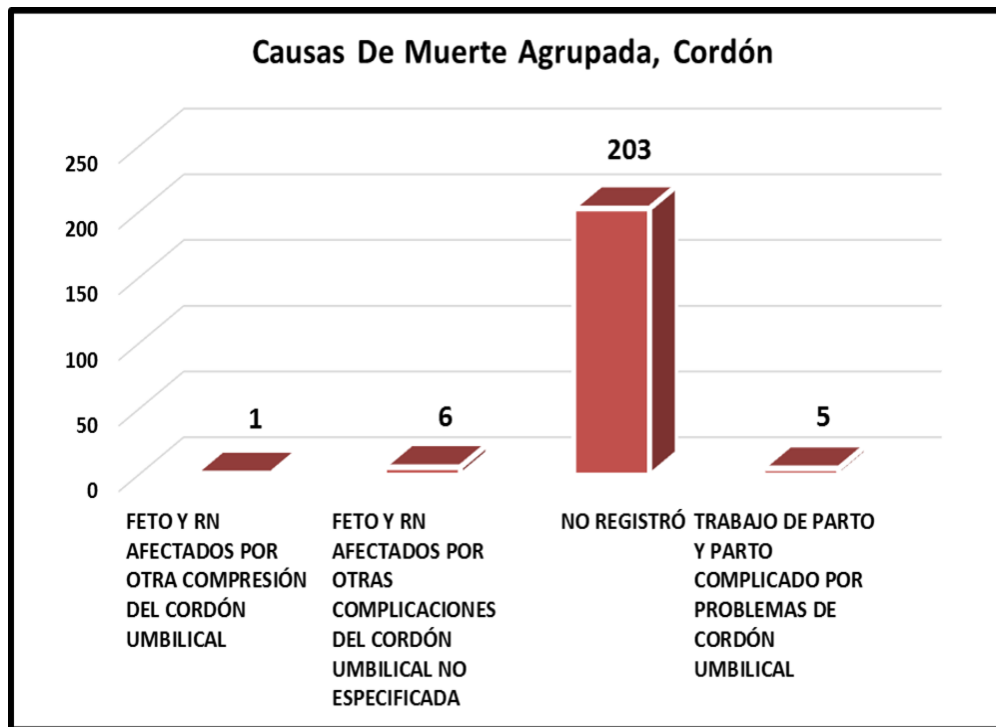


Fuente: Este estudio

n=215

A partir de la gráfica de causa de muerte determinada por, se pudo observar que el 93% de las causas de muerte fueron determinadas por la historia clínica. Por otra parte, el 7% fue determinado por la autopsia verbal y necropsia.

Gráfica 37. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según las causas de muerte agrupadas, por cordón.

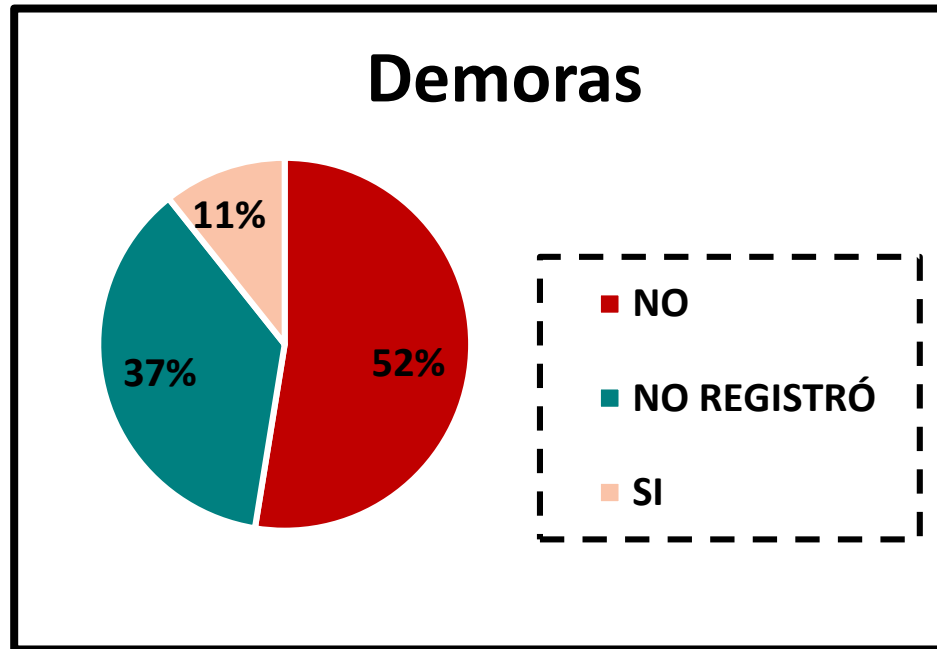


Fuente: Este estudio

n=215

Al observar las causas de muertes agrupadas por cordón en relación a mortalidad perinatal, se encontró 6 casos de feto y recién nacido (RN) afectados por otras complicaciones del cordón umbilical no especificada, 5 casos de trabajo de parto y parto complicado por problemas de cordón umbilical y 1 caso de feto y recién nacido afectados por otra compresión del cordón umbilical. Además se encontró que en 203 no se registró ningún tipo de datos.

Gráfica 38. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según las demoras.



Fuente: Este estudio

n=215

El 53% de los eventos de mortalidad prenatal en gestantes adolescentes no presentó demoras, mientras que el 11% sí. Por otra parte 37% de los eventos no se obtuvo ningún registro.

Tabla 6. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la demora 1. (Reconocimiento del problema)

DEMORA 1	#	%
Accesibilidad	2	20
Barreras para atención al control prenatal	1	10
Desconocimiento riesgo	1	10
Dificultad en acceso geográfico no	1	10
En la llegada a IPS	1	10
No asiste a controles prenatales	2	20
No reconocimientos de signos y síntomas pe	2	20
Total	10	100

Fuente: Este estudio

n=10

De la tabla de demora 1 se puede observó, que de los 215 pacientes que presentaron el evento de mortalidad perinatal, se encontró que en 10 pacientes se presentó una demora tipo 1, entre las causas especificadas están: por falta de accesibilidad, no reconocimiento de signos y síntomas de preeclampsia y dificultad en la asistencia a controles prenatales.

Tabla 7. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la demora 2. (Oportunidad de decisión y acción)

DEMORA 2	#	%
Búsqueda de ayuda oportuna	1	9,1
Calidad atención	1	9,1
Captación	1	9,1
Demora en decisión	1	9,1
Demora por la paciente	1	9,1
Desconocimiento de derecho	1	9,1
Lejanía IPS	1	9,1
No asiste a controles prenatales	2	18,2
Remisión no oportuna	1	9,1
Se provocó aborto	1	9,1
Total	11	100

Fuente: Este estudio

n=11

De la tabla de demora 2 se observó, que de las 215 pacientes que presentaron el evento de mortalidad perinatal, se encontró que en 11 pacientes se presentó una demora tipo 2, entre las causas especificadas están: La no asistencia a los controles prenatales donde fue la que mayor porcentaje obtuvo con un

18,2% a diferencia de remisión inoportuna, se provocó aborto, lejanía a IPS, desconocimiento de derecho, demora por la paciente, demora en decisión, captación, calidad de atención y búsqueda de ayuda oportuna, donde en cada una se presentó 9.1%.

Tabla 8 Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la demora 3. (Acceso a la atención / logística de referencia)

DEMORA 3	#	%
Acceso	1	20
Bajo nivel educativo	1	20
No obtuvo atención adecuada	1	20
Paciente de residencia lejana	1	20
Riesgo psicosocial	1	20
Total	5	100

Fuente: Este estudio

n=5

De la tabla de demora 3 se puede observar, que de las 215 pacientes que presentaron el evento de mortalidad perinatal, se encontró que en 5 pacientes se presentó una demora tipo 3, entre las causas especificadas están: bajo nivel educativo, no obtuvo atención adecuada, paciente de residencia lejana, riesgo psicosocial y demora en el acceso.

Tabla 9. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la demora 4 (Calidad de la atención)

DEMORA 4	#	%
Calidad en la atención	1	20
Embarazo no deseado	1	20
Falta calidad en la prestación	1	20
Falta de seguimiento	1	20
No colaboradora en el momento	1	20
Total	5	100

Fuente: Este estudio

n=5

De la tabla de demora 4 se observó, que de las 215 gestantes adolescentes que presentaron el evento de mortalidad perinatal, se encontró que en 5 pacientes se presentó una demora tipo 4, entre las causas especificadas están: calidad en la atención, embarazo no deseado, falta en la calidad de la prestación, falta de seguimiento, no colaboradora en el momento, donde se presentó de cada una un solo evento.

Tabla 10. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la edad gestacional y el peso.

EDAD GESTACIONAL	PESO		TOTAL
	BPN	PESO ADECUADO	
A TÉRMINO	28	27	55
PRETÉRMINO	132	25	177
TOTAL	160	52	212

Chi-cuadrado de Pearson: 0,00

La prueba de significancia estadística demuestra dependencia entre las variables edad gestacional y peso

Tabla 11. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la edad materna y número de controles prenatales.

EDAD	CONTROLES PRENATALES		TOTAL
	ACEPTABLE	INADECUADO	
ADOLESCENTE TARDÍA	52	140	192
ADOLESCENTE TEMPRANA	5	10	15
TOTAL	57	150	207

Chi-cuadrado de Pearson: 0.398

La prueba de significancia estadística demuestra independencia entre las variables edad materna y número de controles prenatales.

Tabla 12. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el área de ocurrencia y el peso al nacer.

ÁREA	PESO		TOTAL
	BPN	PESO ADECUADO	
CABECERA MUNICIPAL	80	21	101
CENTRO POBLADO	28	9	37
RURAL DISPERSO	53	22	75
TOTAL	161	52	213

Chi-cuadrado de Pearson: 0,427

La prueba de significancia estadística demuestra independencia entre las variables área de ocurrencia y peso al nacer.

Tabla 13. Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el área de ocurrencia y el peso al nacer.

ESCLARIDAD	REGULACIÓN DE FECUNDACIÓN			TOTAL
	NO	OTRO	SI	
PRIMARIA	47	6	18	71
SECUNDARIA-SUPERIOR	94	8	22	124
TOTAL	141	14	40	195

Chi-cuadrado de Pearson: 0,349

La prueba de significancia estadística demuestra independencia entre las variables escolaridad y regulación de la fecundidad.

Tabla 14. Matriz Babies, valores absolutos

Grupos de peso	Anteparto	Intraparto	Prealta	Postalta	Total muertes
< 1000 g	51	16	9	1	77
1000 a 1499	21	1	12	0	34
1500 a 2499	36	4	10	0	50
2500 a 3999	23	12	13	4	52
4000 +	0	0	1	0	1
Total	131	33	45	5	214

Tabla 15. Matriz Babies, porcentaje

Grupos de peso	Anteparto	Intraparto	Prealta	Postalta	Total muertes
< 1000 g	23,8	7,5	4,2	0,5	36,0
1000 a 1499	9,8	0,5	5,6	0,0	15,9
1500 a 2499	16,8	1,9	4,7	0,0	23,4
2500 a 3999	10,7	5,6	6,1	1,9	24,3
4000 +	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5
Total	61,2	15,4	21,0	2,3	100,0

Tabla 16. Matriz Babies, tasas

Grupos de peso	Anteparto	Intraparto	Prealta	Postalta	Total muertes	Nacidos Vivos
< 1000 g	3,70	1,16	0,65	0,07	77	1925,0
1000 a 1499	1,52	0,07	0,87	0,00	34	414,6
1500 a 2499	2,61	0,29	0,73	0,00	50	43,9
2500 a 3999	1,67	0,87	0,94	0,29	52	4,3
4000 +	0,00	0,00	0,07	0,00	1	3,8
Total	9,50	2,39	3,26	0,36	214	15,6

Tabla 17. Matriz Babies casos, porcentajes y tasas

CONVENCION	COMPONENTE	CASOS	%	TASAS
	SALUD MATERNA	110	51,4	7,98
	CUIDADOS PRENATALES	59	27,6	4,28
	CUIDADOS INTRAPARTO	16	7,5	1,16
	CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO INSTITUCIONALES	24	11,2	1,74
	CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO Y NEONATAL TARDIA POSTALTA	5	2,3	0,36
	TOTAL DE MUERTES PERINATAL 2012-2014,	214	100	15,52

7 DISCUSIÓN

Este estudio mostró que la preeclampsia fue la principal complicación materna en el actual embarazo de las gestantes adolescentes en un 9.3%, que al compararlo con el estudio de (Jimenez 2013) (8) en Cuba y (Castañeda 2010)(42) en México, también coinciden en identificar a la preeclampsia como la principal complicación materna del actual embarazo, sin embargo el estudio de (Jimenez 2013) (8) en Cuba reportó que el porcentaje de la preeclampsia fue del 7%, dato inferior al reportado por este estudio, en contraste con el estudio de (Castañeda 2010)(42) en México donde el porcentaje de preeclampsia fue del 12.1%, dato superior al reportado por este estudio. (Sáez 2014)(43) realizó un estudio en Cuba, donde reportó que la preeclampsia se dio en un 18% en los casos de mortalidad perinatal siendo el dato más alto encontrado en la presente revisión que al compararlo con el Departamento de Nariño duplica el porcentaje de los casos de preeclampsia como principal complicación de mortalidad. En contraste un estudio realizado en Chile por (Ovalle 2012)(44) presentó que la preeclampsia se dio en el 3.8% de las madres con mortalidad perinatal, siendo no solo la más baja de todas las complicaciones dato que difiere en menor porcentaje con el dato de este estudio.

Con respecto a los controles prenatales, este estudio identificó un inadecuado número de controles prenatales en 70% de la población estudiada, en similitud con el estudio de (Paul 2010)(45) en India, el cual mostró 68.6%, contrario a (Okumura2014)(46) en Perú donde evidenció 19.3%, que en comparación con los anteriores estudios se comprobó una mejoría en el número de control prenatal.

Sin duda la inmadurez fetal es una causa importante de muerte perinatal, con relación a los datos adicionales para muerte perinatal la edad gestacional evidenció que en este estudio el 74% de las muertes perinatales fueron prematuros, con discrepancia a los estudios realizados por (Ovalle 2014)(44) en Chile y (Paul 2010)(45) en India los cuales demostraron inferioridad en la edad gestacional representando un parto prematuro con unos porcentajes de 30% y 27.7% respectivamente.

Con relación al peso al nacer este estudio encontró que el 75% de los recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer, dato que es inferior al reportado por (Ovalle 2012)(44) en Chile, donde el bajo peso al nacer se presentó en un 81.1%.

Este estudio en cuanto a el análisis cuantitativo de los periodos perinatales de riesgo, se realizó la comparación de todos los componentes de la matriz, con el estudio realizado en Cartagena de indas (Pérez 2012)(47). De acuerdo a la salud materna registró una tasa de 7,98/1000NV (51.4%) siendo similar al estudio comparado con una tasa de 8,1/1000 NV (59,52%). En los cuidados prenatales, se obtuvo una tasa de 4,28/1000 NV (27.6%) y el estudio comparativo una menor tasa 2.6 (19.05%). Referente a los problemas derivados durante la atención del parto, se presentó una tasa de 1.16/1000 NV (7.5%) y el estudio de Cartagena una tasa inferior de 0.3/1000 NV (2,38%), demostrando una mejor atención en el parto. Los cuidados en prealta y primeros cuidados al recién nacido el presente estudio reportó una tasa de 1,74/1000 NV (11.2%) demostrando que en Nariño se lleva un mejor proceso de atención institucional del parto que en Cartagena que reportó una tasa de 2.9/1000 NV (21.43%). El proceso de los cuidados del recién nacido y neonatal tardía postalta mostro una tasa de 0.36/1000 NV (2.3%) en comparación con una tasa de 0/1000 NV (0%).

El resultado del total de muertes perinatales en gestantes adolescentes del departamento de Nariño en los años 2012-2014, arrojó una tasa de 15,52/1000 NV que comparándola con las tasas totales de mortalidad perinatal en Nariño que fue de 19/1000 NV y con la tasa de Colombia que es de 13,8/1000 NV, evidencia que la tasa arrojada en este estudio es muy alta e importante, al tener un grupo poblacional de interés para la salud pública y ámbito social.

8 CONCLUSIÓN

El comportamiento de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes en el Departamento de Nariño respecto a las variables sociodemográficas maternas tales como edad se presentó en la mayoría de los casos a los 19 años, el área de ocurrencia donde más se presentó fue en la cabecera municipal y el tipo de régimen en salud al que pertenecieron la mayoría de las adolescentes fue subsidiad.

Según los antecedentes maternos como el tipo de parto se encontró que el parto vaginal fue el que más asoció al evento, el domicilio fue el sitio de defunción donde más se presentó, la mayoría de las gestantes vivían con su núcleo familiar, la escolaridad perteneció a básica secundaria, en cuanto a la regulación de la fecundidad las gestantes optaron por no usar métodos porque no deseaban, en relación a gestaciones y partos vaginales se obtuvo 1 antecedente, en cesárea, vivos y aborto 0 antecedentes y muertos 1. De acuerdo a los antecedentes de riesgo su principal causa fue recién nacido pretérmino y en las complicaciones del actual embarazo fueron preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP.

En los antecedentes prenatales la periodicidad de los controles prenatales fue inadecuada con una semana de inicio aceptable, en su mayoría a cargo del médico general y en el nivel I de atención, las remisiones no fueron oportunas con la hipoxia intrauterina como principal complicación materna. En la información de parto y nacimiento, los partos fueron atendidos por médicos obstetras en un nivel de mediana complejidad de manera institucional.

De acuerdo a los datos adicionales para muerte perinatal y neonatal, el anteparto fue el momento en el que más ocurrió la muerte, con una edad gestacional confiable de 31 semanas y una edad neonatal de 0 días, relacionándose a recién nacidos con peso de 1395 gr, talla de 39.5 cm, con mayor porcentaje en el sexo masculino. Se observó que el apgar aumento del minuto 1 al 5 de 6 a 7 aunque en la mayoría de los casos no hay datos de la necesidad de reanimación, el subsiguiente número de casos no necesitó y en la que si se necesitó se realizó satisfactoriamente en un periodo menor a una hora en nivel II de atención con adaptación neonatal realizada por el pediatra. en las causas de muerte la causa básica fue hipoxia intrauterina no especificada determinada por historia clínica y en lo referente a las agrupadas corresponde a feto y recién nacido (RN) afectados por otras complicaciones del cordón umbilical no especificada.

9 RECOMENDACIONES

Mejorar la calidad de los registros vitales y la identificación de las causas de muerte:

- Es bien conocida la dificultad de identificar las causas en muchos casos de muerte perinatal, pero se debe trabajar para lograr mejorar la calidad de estos diagnósticos garantizando el adecuado diligenciamiento de la ficha para contar con una información veraz, que permita realizar un adecuado análisis de los datos, identificar las causas clínicas y así poder obtener criterios de intervención.
- En la metodología “la ruta de la vida-cambio a la supervivencia”, según el PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA, es decir en las demoras, se presentó un inadecuado registro representando un gran vacío para determinar las causas no médicas que intervienen en las muertes maternas y perinatales.

10 BIBLIOGRAFÍA

1. Ticona M, Huanco D. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2011;37(3):431-43.
2. Salud IND. Vigilancia Y Análisis Del Riesgo En Salud Pública
Protocolo De Vigilancia En Salud Pública
Mortalidad Neonatal Y Perinatal Tardía. Instituto Nacional De Salud. Abril 14 De 2014;1:1-30.
3. Profamilia. Mortalidad Infantil Y En La Niñez. Profamilia. 2010;5:Cápitulo 9, 203-17.
4. Cevers A, Brouwrs HA, Hukkelhoven CW, Nikkels PG, Boon J, -Linden AVE. La Mortalidad Perinatal Y La Morbilidad Grave En Embarazo De Bajo Y Alto Riesgo En Los Países Bajos: Estudio Prospectivo De Cohortes. *Britain Medical Journal*. 2010;341.
5. C. P, M. M, A. M, D. M. Determinantes Sociales De Embarazo En Menores De 15 Años Ministerio De Salud Y Protección Social 2014.
6. Ryan J, Casapina M, Aguilar E, Silva H, Rahme E. A Comparasion of low birth weight among newborns of erly adolescents, late adolescents, and adult mother in the Peruvian Amazon. *Matern Child Health*. 15. 2011;5(587-96).
7. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Hinostroza-Camposano W. Características de la violencia durante el embarzo en adolescentes de Lima, Perú. *Revista Perú Med Exp Salud Pública*. 2013;30(3):379-85.
8. Jiménez S, Cortés RJP, Gonzáles VdlMC, Cordido BP, Pereira GMC, Gonzáles YG. Causalidad De La Mortalidad Perinatal En Tres Años De Estudio *Acta Médica Del Centro* 2013 7.
9. República SCdBdl. Posición astronómica y geográfica de Colombia. 2015 [
10. Codazzi IGA. Departamento de Nariño. Biblioteca Luis Ángel Arango del Banco de la República. 2006.
11. NARIÑO IDSD. Quienes somos 2013 [
12. J L, K S, C S. No Cry At Birth: Global Estimates Of Intrapartum Stillbirths And Intrapartum-Related Neonatal Deaths *Bulletin Of The World Health Organization* 2005;83.
13. Delgado AI, López JV, Meneses FC. Mortalidad Perinatal De La Población Afiliada A Una EPS De Pasto. Departamento De Nariño. 2007. *Hacia La Promoción De La Salud* 2010;15(1):92-109.
14. Pentón R, González C, Álvarez M, Roche C, González J, Fernandez J. Comportamiento de la mortalidd perinatal en gestantes con avanzada edad materna. *Acta Médica del Centro*. 2011;5(1):12.
15. Cancino E, León H, Otálora R, González E, Sarmiento E, Yates A. Guía de control prenatal y factores de riesgo. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D C Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog).
16. Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Villar J. Who shuld provide routine antenatal care for low-risk women, and who often? A systematic review of randomised controlle trials. *Pediatric and perinatal epidemiology* 1998;12:7-26.
17. Tipiani O, Tomati C. El control prenatal y el desenlace maternoperinatal *Revista Perinatal Ginecologica Obstétrica*. 2006;52(4):247-52.

18. OPS O, MinSalud, Prosperidad para todos. AIEPI, Salud materna y neonatal: Atención preconcepcional, prenatal y posnatal inmediata. 2013.
19. Larguía MA, Eriquez DS, Pensotti A. **Fallecidos Inmediato Al Parto. Impacto sobre los componentes De La Mortalidad Perinatal** Revista Del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2004 23(2):70-4.
20. Palacio MA, Botell ML. Resultados Perinatales En La Preeclampsia Con Signos De Gravedad. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011;37(2):147-53.
21. Scucces M. Restricción Del Crecimiento Fetal: Factores De Riesgo. Rev Obstet Ginecol Venez. 2011;71(4).
22. RH N, DLS. Sustancias Tenoactivas Del Pulmón Como Forma De Reposición. Aspectos Bioquímicos, Biofísicos Y Clínicos. 1987;3:433-79.
23. RODRÍGUEZ. JCR, RUIZ FB. Cuidados Intensivos Neonatales Principios De Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos 199.
24. México SDSA. Diagnóstico Y Tratamiento De La Muerte Fetal Como Feto Único Guía De Práctica Clínica GPC 2010:16-8.
25. Tobón JJZ, Cardona JGL, Posada DCJ. Análisis Individual De La Muerte Perinatal Modelos Para El Análisis De La Mortalidad Materna Y Perinatal
26. Zuleta JJ, Gómez JG, Jaramillo DC. Análisis Poblacional De La Mortalidad Perinatal Modelos Para El Análisis De La Mortalidad Materna Y Perinatal.
27. Seguro EFM. PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA. Institución Nacional de Salud 2011:17-27.
28. OMS. Los recién nacidos cobran más importancia. Informe de la Salud en el Mundo. 2005.
29. Okumura J, Maticorena D, Tejeda J. Embarazo adlescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. Rev BrasSaúde Matern Infant, Recife, . 2014;14(4):383-92.
30. Martel L, Ovejero S, Gorosito I. Preeclampsia y factores de riesgo en embarazadas en el Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes en Tucumán. Intra Med. 2012;1(3).
31. Infancia EMdl. La adolescencia, una época de oportunidades. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2011.
32. Zuleta J, Gómez J, Gallo O. Análisis de la mortalidad perinatal en Medellín: segun semestre del año 2003 y 2004. Medellín2005.
33. Kemfang J, Marie J, Dobgima W, Ngassam A, Noa C. Resultados Obstétricos y perinatales del embarazo en adolescentes en Camerún: Un estudio de cohorte retrospectivo en el Hospital General de Yaoundé. 2015.
34. 1991 CpdC. Capítulo 2: Derechos sociales, Económicos y Culturales / TítuloII: de los derechos, las garantías y los deberes.
35. salud Md. LEY NÚMERO 1122 / 2007/ Enero 9. 2007:1-18.
36. Salud Md. CÓDIGO DEL MENOR/ DECRETO 2737/ CAPÍTULO II: DE LOS DERECHOS DEL MENOR /1989/ noviembre 27. 1989.
37. salud Md. MINISTERIO DE LA JUVENTUD, LA MUJER, LA NIÑEZ Y LA FAMILIA Decreto ejecutivo n° 53/ LEY N°. 4 DE 29 DE ENERO DE 1999/ CAPITULO I DESARROLLO HUMANO Y ECONÓMICO / de 25 de junio de 2002. 1999.
38. Colombia/ ECdIRd. CAPITULO III: EL REGIMEN DE BENEFICIOS/ LEY 100 DE 1993 / DICIEMBRE 23. 1993.
39. Salud Md. RESOLUCION NUMERO 5261 DE 1994/ Agosto 5. 1994.

40. Salud Md. CODIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA/ SENTENCIAS DE CONSTITUCIONALIDAD/ LEY 1098 DEL 2006. 2006.
41. Pública MdIPSDGdS. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA/ febrero de 2003. 2003.
42. Castañeda HM, E, R R. Mortalidad Perinatal en un hospital de segundo nivel de atención. Revista Médica Inst Mex Seguro Soc. 2010;48(3):237-41.
43. Sáez V, Pérez M. Perfil epidemiológico y perinatal de pacientes con preeclampsia. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 2014;40(2):155-64.
44. Ovalle A, Kakarieka E, Díaz M, Huidobro T, Acuña M. Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile. Revista Chile Obstetricia Ginecologica 2012;77(4):263-70.
45. Bhaskar P, Chaudhuri R, Mukhopadhyay P. Resultados perinatales y complicaciones del embarazo adolescente en la India, basado en el hospital. Journal of health, population and nutrition. 2010;28(5):494-500.
46. Okumura J, Maricorena D, Tejada J. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. Revista Bra Saúde Matern, Infant, Recife. 2014;14(4):383-92.
47. Perez A. PREVALENCIA DE PARTOS Y DESENLACES MATERNOS - PERINATALES DE GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN UNA CLINICA DE MATERNIDAD DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL AÑO 2012: UNIVERSIDAD DE CARTAGENA; 2013.

ANEXOS

Anexo 1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	AÑO 2015											AÑO 2016						
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J
Calibración De Operadores									X									
Recolección Datos										X	X							
Digitación Y Depuración De Base De Datos											X	X	X					
Análisis De Los Datos													X	X				
Elaboración Del Informe Final														X	X	X		
Sustentación De Tesis																X		
Elaboración De Artículo Científico																X		
Envío Artículo Para Publicación																X		
Socialización De Resultados																X		

Anexo 2. Presupuesto

Recurso Humano

NOMBRES	DEBERES	No HORAS	VALOR POR HORA(\$)	TOTAL
Jesica Fernanda Realpe Martinez	Revisión de literatura (libros-artículos), diseño de propuesta presentación de anteproyecto, tabulación de resultados, análisis estadístico, sustentación, realización de artículo científico	740	10.000	7.400.000
Angelie Chrlote Sanchez Solarte		740	10.000	7.400.000
Maira Alejandra Sanchez Riascos		740	10.000	7.400.000
Bryan Danilo Urbano Ortega		740	10.000	7.400.000
TOTAL				29.600.000

Recursos físicos/ materiales (logísticos)

TIPO DE MATERIAL	NOMBRE	VALOR POR ITEM (\$)	No DE ITEMS	TOTAL (\$)
De Oficina	Papel resma	12000	8	96.000
	Lapiceros	1000	10	10.000
Electrónicos	Impresora canon	200000	1	200.000
Computador	Portátil	1600000	3	4.800.000
	Computador de mesa	900000	1	90.000
TOTAL				5.196.000

Transporte para cada actividad

TIPO DE TRASPORTE	DETALLES	VALOR/IDA Y VUELTA (\$)	No DE VIAJES	TOTAL (\$)
FUSM - IDSN	Servicio de taxi	4000	60	240000
	Servicio de bus	1400	20	28000
	Parqueadero	1000	20	20000
TOTAL				288.000

Servicios

TIPO DE SERVICIO	NOMBRE	VALOR POR ITEM (\$)	No DE ITEMS	TOTAL (\$)
Fotocopias	Fotocopias de instrumentos	100	100	10000
Impresiones	Impresión de artículos científicos	200	120	24000
Llamadas a Celular	Llamadas a asesor científico, asesores de investigación y a IDSN	200	700	140000
Total				174.000

Costo total del proyecto

INVERSION	ITEMS	TOTAL
Intangible	Personal	2500000
Tangible	Materiales	5658000
	Transporte	
	Servicios	
TOTAL		8158000



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de información SIVIGILA
Ficha de notificación



Mortalidad perinatal y neonatal tardía código INS: 560

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1286/09

Evento de notificación inmediata

RELACION CON DATOS BÁSICOS		
FOR-0000-037 V:01 AÑO 2015		
A. Nombres y apellidos del paciente		B. Tipo de ID*
		C. Número de identificación
*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANA CE : CÉDULA EXTRANJERA PA : PASAPORTE ME : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID		
6. ANTECEDENTES MATERNOS		
6.1 Convivencia	<input type="radio"/> 1. Cónyuge <input type="radio"/> 2. Pareja <input type="radio"/> 3. Solo <input type="radio"/> 4. Otro	6.1.1 Si marcó otro, ¿Cuál?
		6.2 Escolaridad
		<input type="radio"/> 1. Ninguna <input type="radio"/> 2. Primaria <input type="radio"/> 3. Secundaria
6.3 Regulación de la fecundidad:		6.7 Gestaciones
<input type="radio"/> 1. No usó métodos por desconocimiento <input type="radio"/> 2. No usó métodos por acceso <input type="radio"/> 3. No usó métodos por que no desea		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> 4. Natural <input type="radio"/> 5. Dispositivo intrauterino <input type="radio"/> 6. Hormonal		6.8 Partos vaginales
<input type="radio"/> 7. Remis <input type="radio"/> 8. Quirúrgico <input type="radio"/> 9. Otro		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		6.9 Cesáreas
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		6.10 Abortos
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		6.11 Muertos
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		6.12 Vivos
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES		
7.1 Antecedentes de riesgo		7.2 Complicaciones del actual embarazo
<input type="checkbox"/> 1. Ninguno <input type="checkbox"/> 2. Hipertensión crónica <input type="checkbox"/> 3. Cardiopatías <input type="checkbox"/> 4. Diabetes <input type="checkbox"/> 5. Lesión hidatiforme <input type="checkbox"/> RVI patológico <input type="checkbox"/> 7 RVI de bajo peso <input type="checkbox"/> 8 RVI macrocromico <input type="checkbox"/> 9. Tratamiento mental <input type="checkbox"/> 10. Obesidad <input type="checkbox"/> 11. Desnutrición crónica <input type="checkbox"/> 12. Inmigración menor a dos años <input type="checkbox"/> 13. ITS distintas a VIH, sífilis y HT <input type="checkbox"/> 14. Otras infecciones <input type="checkbox"/> 15. RVI negativo <input type="checkbox"/> 16. Tabaquismo <input type="checkbox"/> 17. Alcoholismo <input type="checkbox"/> 18. Sustancias psicoactivas <input type="checkbox"/> 19. VIH SIDA <input type="checkbox"/> 20. Deficiencias socioeconómicas <input type="checkbox"/> 21. Sífilis <input type="checkbox"/> 22. Hepatitis B <input type="checkbox"/> 23. Ginegítis		<input type="checkbox"/> 1. Preeclampsia <input type="checkbox"/> 2. Riempias <input type="checkbox"/> 3. Síndrome HELLP <input type="checkbox"/> 4. Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> 5. Sepsis <input type="checkbox"/> 6. Hemorragia 1er trimestre <input type="checkbox"/> 7. Hemorragia 2do trimestre <input type="checkbox"/> 8. Hemorragia 3er trimestre <input type="checkbox"/> 9. Desproporción cefalo pélvica <input type="checkbox"/> 10. Retardo crecimiento intrauterino <input type="checkbox"/> 11. Enfermedad subcomune <input type="checkbox"/> 12. Islatría <input type="checkbox"/> 13. Embarazo no deseado <input type="checkbox"/> 14. Violencia contra la gestante <input type="checkbox"/> 15. Gestación producto de violencia sexual <input type="checkbox"/> 17. Anomalia congénita incompatible con la vida <input type="checkbox"/> 18. Síntomas depresivos <input type="checkbox"/> 19. Complicación médica que ponga en riesgo la vida de la madre <input type="checkbox"/> 20. Embarazo múltiple <input type="checkbox"/> 21. IVU <input type="checkbox"/> 22. Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> 23. Ruptura prematura de membranas <input type="checkbox"/> 24. Cofoamionitis
8. ANTECEDENTES PRENATALES		
8.1 Número orden libro parto en embarazo múltiple	8.2 Número C.P.N	8.3 Semestre de inicio C.P.N
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.4 Controles realizados por	<input type="radio"/> 1. Médico general <input type="radio"/> 2. Médico obstetra <input type="radio"/> 3. Enfermera	<input type="radio"/> 4. As. enfermería <input type="radio"/> 5. Promotor <input type="radio"/> 6. Partera
	<input type="radio"/> 7. Otro	8.5 Nivel de atención
		<input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV
		8.6 Remisión oportuna
		<input type="radio"/> 1. SI <input type="radio"/> 2. No
9. INFORMACIÓN PARTO Y NACIMIENTO		
9.1 Tipo de parto	9.2 Fecha y hora del parto (dd/mm/aaaa) Hora (00:24)	9.3 Sitio de defunción
<input type="radio"/> 1. Vaginal <input type="radio"/> 2. Cesárea <input type="radio"/> 3. Instrumentado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 4. Hospital <input type="radio"/> 5. No nacido <input type="radio"/> 6. Baja complejidad <input type="radio"/> 7. Otro <input type="radio"/> 8. Mediana complejidad <input type="radio"/> 9. Alta complejidad
9.4 Parto atendido por	<input type="radio"/> 1. Médico general <input type="radio"/> 2. Médico obstetra <input type="radio"/> 3. Enfermera <input type="radio"/> 4. Auxiliar enfermería <input type="radio"/> 5. Promotor <input type="radio"/> 6. Partera <input type="radio"/> 7. Otro <input type="radio"/> 8. Ella misma <input type="radio"/> 9. Pareja <input type="radio"/> 10. Otro familiar	
9.5 Sitio parto	<input type="radio"/> 1. Institucional <input type="radio"/> 2. Domicilio <input type="radio"/> 3. Otro	9.6 Nivel de atención
		<input type="radio"/> 1. Baja complejidad <input type="radio"/> 2. Mediana complejidad <input type="radio"/> 3. Alta complejidad
10. DATOS ADICIONALES PARA MUERTE PERINATAL O NEONATAL		
10.1 Momento en que ocurrió la muerte respecto al parto	10.2 Edad gestacional	10.3 Complicaciones de la madre
<input type="radio"/> 1. Anteparto <input type="radio"/> 2. Intraparto <input type="radio"/> 3. Puerpera en puerperio <input type="radio"/> 4. Puerpera en puerperio <input type="radio"/> 5. Puerpera en puerperio <input type="radio"/> 6. Retorno en puerperio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	10.4 Edad neonatal en el momento de la muerte	10.5 Peso al nacer
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.6 Sexo al nacer	10.7 Sexo	10.8 APGAR 1
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> F. Femenino <input type="radio"/> I. Indeterminado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	10.9 Se realizó reanimación	10.10 Se realizó reanimación
	<input type="radio"/> 1. SI <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. SI <input type="radio"/> 2. No
	10.11 Se realizó reanimación	10.12 Nivel de atención inicial al RN
	<input type="radio"/> 1. SI <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV
	10.13 Remisión oportuna por complicaciones?	10.14 Adaptación neonatal realizada por
	<input type="radio"/> 1. SI <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Neonatólogo <input type="radio"/> 2. Pediatra <input type="radio"/> 3. Médico general <input type="radio"/> 4. Enfermera <input type="radio"/> 5. As. enfermería <input type="radio"/> 6. Partera <input type="radio"/> 7. Otro
11. CAUSAS DE MUERTE		
11.1 Causa de muerte determinada por		11.2 Causas de muerte agrupadas
<input type="radio"/> 1. Hemorragia crónica <input type="radio"/> 2. Anemia fetal <input type="radio"/> 3. Necropsia		<input type="radio"/> Fétalo y de corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="radio"/> Necrosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Correos: sivigila@ins.gov.co / ins.sivigila@gmail.com

Anexo 4. Operacionalización de Variables

Variable	Definición Operación	Datos	Naturaleza	Escala	Fuente
ANTECEDENTES MATERNOS					
Tipo de parto	Tipo de parto mediante el cual la mamá obtuvo el bb	Vaginal	Cualitativa	Nominal	Ficha
		Cesárea			
		Instrumentado			
		Ignorado			
		No nacido			
Sitio de Defunción		Domicilio	Cualitativa	Nominal	Ficha
		Baja complejidad			
		Mediana complejidad			
		Alta complejidad			
		UCI			
		Traslado interinstitucional			
		Traslado Domicilio IPS			
		Otro			
Convivencia		Cónyuge	Cualitativa	Nominal	Ficha
		Familia			
		Sola			
		Otro			

Variable	Definición Operación	Datos	Naturaleza	Escala	Fuente
ANTECEDENTES MATERNOS					
Tipo de parto	Tipo de parto mediante el cual la mama obtuvo el bb	Vaginal	Cualitativa	Nominal	Ficha
		Cesárea			
		Instrumentado			
		Ignorado			
		No nacido			
Sitio de Defunción		Domicilio	Cualitativa	Nominal	Ficha
		Baja complejidad			
		Mediana complejidad			
		Alta complejidad			
		UCI			
		Traslado interinstitucional			
		Traslado Domicilio IPS			
		Otro			
Convivencia		Cónyuge	Cualitativa	Nominal	Ficha
		Familia			
		Sola			
		Otro			

Escolaridad		Ninguna	Cualitativa	Ordinal	Ficha
		Primaria			
		Secundaria			
		Superior			
		Sin información			
Regulación de la Fecundidad		No usó métodos por desconocimiento	Cualitativa	Nominal	Ficha
		No usó métodos por acceso			
		No usó métodos porque no deseaba			
		Natural			
		Dispositivo intrauterino			
		Hormonal			
		Barrera			
	Quirúrgico				
	Otro				
Gestaciones			Cuantitativa	Razón	Ficha
Cesáreas			Cuantitativa	Razón	Ficha
Partos Vaginales			Cuantitativa	Razón	Ficha
Abortos			Cuantitativa	Razón	Ficha
Vivos			Cuantitativa	Razón	Ficha
Muertos			Cuantitativa	Razón	Ficha

FACTORES DE RIESGOS Y COMPLICACIONES					
Antecedentes de Riesgo		Ninguno	Cualitativa	Nominal	Ficha
		Hipertensión crónica			
		cardiopatías			
		diabetes			
		mola hidatiforme			
		RN pretérmino			
		RN de bajo peso			
		RN macrosómicos			
		Trastorno mental			
		Obesidad			
		Desnutrición crónica			
		Integridad menor a dos años			
		ITS distintas a VIH, Sífilis y HB			
		Otras infecciones			
		RH Negativo			
		Tabaquismo			
		Alcoholismo			
		Sustancias Psicoactivas			
		VIH Sida			
		Deficiencias Socioeconómicas			
	Sífilis				
	Hepatitis B				
	Otros Factores de Riesgo				

ANTECEDENTES PRENATALES					
Nº orden bebe muerto en embarazo múltiple			Cuantitativa	Razón	Ficha
No C.P.N			Cuantitativa	Razón	Ficha
Semana de inicio C.P.N			Cualitativa	Ordinal	Ficha
Controles realizados por		Medico general	Cualitativa	Nominal	Ficha
		Medico obstetra			
		Enfermera			
		Aux. enfermería			
		Promotor			
Nivel de atencion		I	Cualitativa	Ordinal	Ficha
		II			
		III			
		IV			
Remisiones oportunas		Si	Cualitativa	Nominal	Ficha
		No			
		No aplica			
Complicaciones d ela madre					

INFORMACIÓN PARTO Y NACIMIENTO					
Parto atendido por		Medico general	Cualitativa	Nominal	Ficha
		Medico obstetra			
		Enfermera			
		AUX. enfermeria			
		Promotor			
		Partera			
		Ella misma			
		Pareja			
		Otro familiar			
		Otro			
Sitio parto		Institucional	Cualitativa	Nominal	Ficha
		Domiciliario			
		Otro			
Nivel de atención		Baja complejidad	Cualitativa	Nominal	Ficha
		Mediana complejidad			
		Alta complejidad			

DATOS ADICIONALES PARA MUERTE PERINATAL O NEONATAL TARDÍA					
Momento en que ocurrió la muerte respecto al parto		Ante parto	Cualitativa	Nominal	Ficha
		Intra parto			
		Prealta en postparto			
		Postalta en postparto			
		Reingreso en postparto			
		No aplica. Nunca fue a institución de salud en postp			
Edad gestacional			Cuantitativa	Ordinal	Ficha
Edad gestacional confiable		Si	Cualitativa	Nominal	Ficha
		No			
Edad Neonatal en el momento de la muerte			Cuantitativa	Razón	Ficha
Peso al nacer			Cuantitativa	Intervalo	Ficha
Talla al nacer			Cuantitativa	Intervalo	Ficha
Sexo		Masculino	Cualitativa	Nominal	Ficha
		Femenino			
		Indeterminado			

APGAR 1			Cuantitativa	Razón	Ficha
APGAR 5 minutos			Cuantitativa	Razón	Ficha
APGAR 10 minutos			Cuantitativa	Razón	Ficha
Se necesitó reanimación		Si	Cualitativa	Nominal	Ficha
		No			
Se realizó reanimación		Si	Cualitativa	Nominal	Ficha
		No			
Nivel de atención al RN		I	Cualitativa		Ficha
		II			
		III			
¿Remisión oportuna por complicaciones?		Si	Cualitativa	Nominal	Ficha
		No			
Tiempo en horas desde que se solicita hasta que es aceptada			Cuantitativa	Intervalo	Ficha
Adaptación neonatal realizada por		Neonatólogo	Cualitativa	Nominal	Ficha
		Pediatra			
		Médico general			
		Enfermera			
		Aux. Enfermería			
		Partera			
	Otro				

CAUSA DE MUERTE					
Causa de defunción			Cualitativa	Nominal	Ficha
Causa de muerte determinada por		Historia Clínica	Cualitativa	Nominal	Ficha
		Autopsia verbal			
		Necropsia			
Causa de muerte agrupadas		Cordon	Cualitativa	Nominal	Ficha
		Bebé			

Anexo 5. Artículo