

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

**Mayra Riascos; Jesica Realpe; Charlotte Sánchez; Bryan Urbano.**

Facultad de Ciencias Médicas, Fundación Universitaria San Martín, Pasto-Nariño.

## RESUMEN

**Objetivo:** Caracterizar la Mortalidad Perinatal en gestantes adolescentes en el Departamento de Nariño, 2012-2014. **Material y métodos:** Observacional, Descriptivo, de direccionalidad retrospectiva, de diseño trasversal, correlacionales, utilizando 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. **Se incluyó:** La Mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, Muertes perinatales ocurridas en el Departamento de Nariño, Muertes perinatales ocurridas entre el 2012-2014, para el análisis se realizaron los análisis univariados y gráficos de barras y sectores, se calcularon frecuencias absolutas - relativas y para el análisis bivariado se graficaron los diagramas de cajas y bigotes y se obtuvo el valor de “p” con

el  $\chi^2$ . Se utilizó la matriz babies. **Resultados:** Con respecto a la edad de las gestantes que presentaron el evento, se observó que a medida de que la edad fue avanzando en esta población. Con relación a los antecedentes de riesgo se observó que las gestantes adolescentes no presentaron ningún riesgo con un 73%, sin embargo se obtuvo resultados de recién nacido pretérmino (RN pretérmino) con un 13%, infecciones de transmisión sexual (ITS) y otras infecciones con un 7%. 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. En lo relacionado con las complicaciones de la madre se identificó 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. Respecto a la Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la edad gestacional y el peso la prueba de

significancia estadística demostró dependencia entre las variables edad gestacional y peso (Chi-cuadrado de Pearson: 24,205) ( $p=0,00$ ). *Conclusiones:* La mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, es un problema de salud pública, donde su notificación es obligatoria y el diligenciamiento de la ficha de mortalidad perinatal y neonatal tardía debe ser de exigible cumplimiento.

**PALABRAS CLAVES:** *Mortalidad perinatal, gestantes adolescentes, Nariño.*

## SUMMARY

**Objective:** To characterize the Perinatal Mortality in pregnant adolescents in the Department of Nariño, 2012-2014. **Material and methods:** Observational, descriptive, retrospective directionality, transversal design, correlational, using Total chips notification of Perinatal and Neonatal Mortality late that rests in the Departmental Health Institute of Nariño cases reported in 2012-2014, 560 cases of which were adjusted to the inclusion criteria of this study were reported 215, like the study population were without sampling. It included: The perinatal mortality in pregnant adolescents, perinatal deaths in the Department of Nariño, perinatal deaths between 2012-2014 for analysis univariate and bar charts and sectors were conducted, absolute frequencies were calculated - relative

and for bivariate analysis diagrams box and whisker were plotted and the value of "p" with the chi2 was obtained. the babies matrix was used. **Results:** With regard to the age of pregnant women experiencing the event, it was observed that as the age that was moving in this population. With regard to the background risk was observed that pregnant adolescents showed no risk with 73%, but results newborn preterm (preterm RN) with 13%, sexually transmitted infections (STIs) and other infections was obtained 7%. With regard to the current pregnancy complications of pregnant teenagers it was observed that 54% did not present any complication, followed by preeclampsia, eclampsia and HELLP syndrome with 9.3. In relation to the complications of the mother it was identified that the most frequent complications were birth asphyxia and intrauterine hypoxia with 1.9% and 2.8% respectively and one 87% no data was observed. Regarding the distribution of perinatal mortality in pregnant adolescents, according to gestational age and weight test showed statistically significant dependence between gestational age and weight variables (Chi-square Pearson: 24,205) ( $p = 0.00$ ). **Conclusions:** The perinatal mortality in pregnant adolescents is a public health problem where notification is compulsory and the processing of the record of late neonatal perinatal mortality and should be enforceable.

## 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.

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.

## **MATERIAL Y MÉTODO:**

Estudio epidemiológico, cuantitativo, Observacional, Descriptivo, de direccionalidad retrospectiva, de diseño trasversal, correlacionales. Se tomaron el 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, donde se incluyó la Mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, Muertes perinatales ocurridas en el Departamento de Nariño, Muertes perinatales ocurridas entre el 2012-2014.

Para el análisis de datos se realizaron los análisis univariados y gráficos de barras y sectores, se calcularon frecuencias absolutas - relativas y para el análisis bivariado se realizaron cajas y bigotes y se obtuvo el valor de "p" con el chi<sup>2</sup>. 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.

## RESULTADOS

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

**Tabla1: Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según variables sociodemográficas.**

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

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
<b>TOTAL</b>	<b>215</b>	<b>100</b>

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

SEGURIDAD SOCIAL	#	%
Regimen Subsidiado	176	81,86
Regimen Contributivo	17	7,91
Regimen Especial	2	0,93
No Asegurado	20	9,3
<b>TOTAL</b>	<b>215</b>	<b>100</b>

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

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.

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 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
<b>TOTAL</b>	<b>215</b>	<b>100</b>

Fuente: Este estudio  
N=215



**Tabla 2: Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según las complicaciones del actual embarazo**

<b>COMPLICACIONES DEL ACTUAL EMBARAZO</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
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
<b>TOTAL</b>	<b>215</b>	<b>100</b>

Con relación a los antecedentes de riesgo se observó que las gestantes adolescentes no presentaron ningún riesgo con un 73%. Seguimiento 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 tóxicas y bajo peso al nacer (BPN).

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

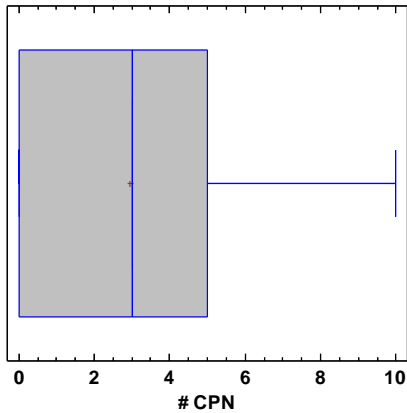
COMPLICACIONES DEL ACTUAL EMBARAZO	#	%
Abuso sexual	1	0,5
Anomalía congénita incompatible con la vida	9	4,2
Anemia traumatismo	1	0,5
Aplicación citotec	2	0,9
Arrinencefalia	1	0,5
Caída de la madre desde su propia altura	1	0,5
Circular no tensa de cordón	1	0,5
Desprendimiento prematuro de placenta	1	0,5
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
<b>TOTAL</b>	<b>215</b>	<b>100</b>

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.

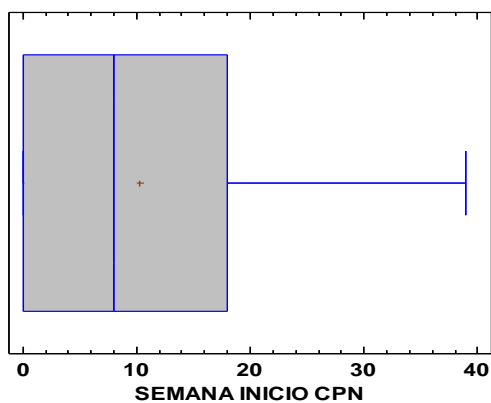
**Gráfica 12: Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según número de controles prenatales.**



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.

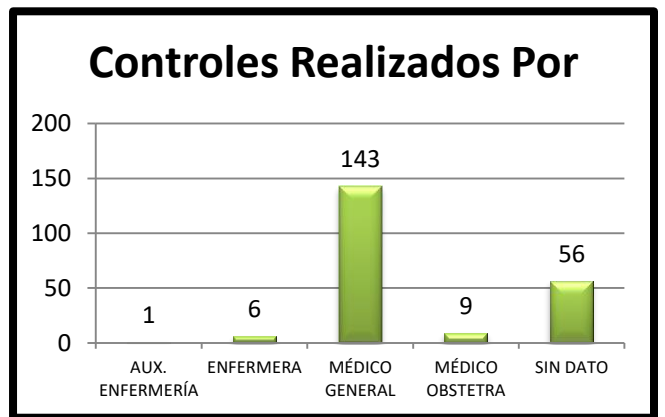
**Gráfica 13: Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la semana de inicio de controles prenatales.**



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.

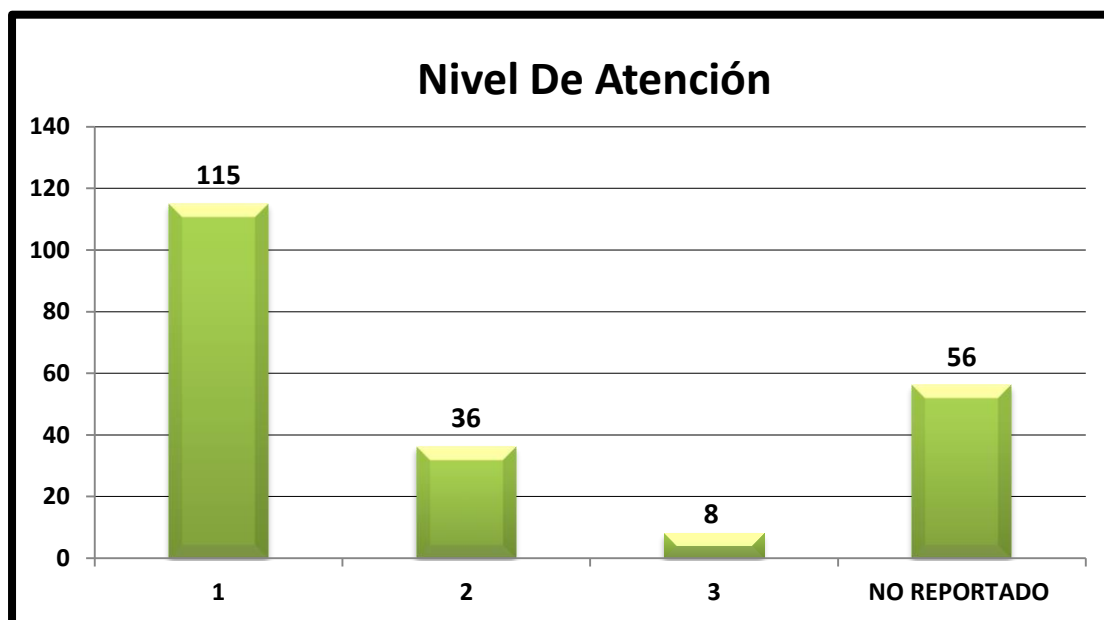
**Gráfica 14: Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según controles realizados por.**



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 15: 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.

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

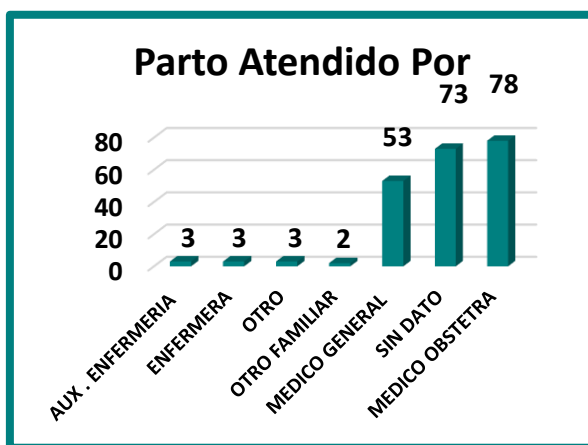
COMPLICACIONES DE LA MADRE	#	%
Otros trastornos endocrinos neonatales transitorios	1	0,5
Paro cardio _ respiratorio	1	0,5
Pérdida de sangre fetal	1	0,5
SDRA del Recién Nacido	1	0,5
Sepsis bacteriana del Recién Nacido no especificada	1	0,5
Trastornos cardiovasculares	2	0,9
Sin dato	187	87,0
Supervisión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

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.

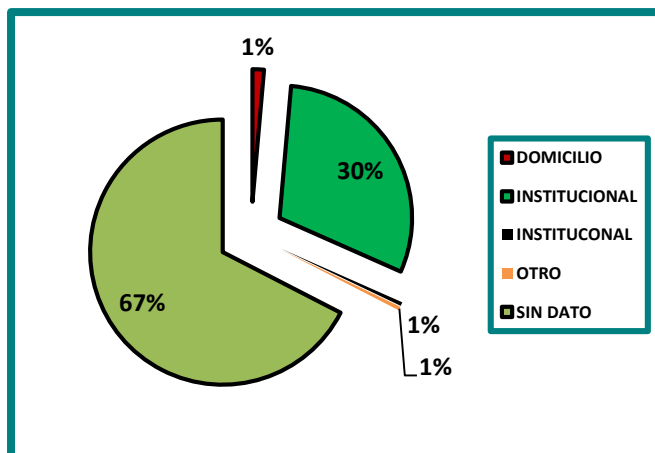
**Gráfica 17: Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el parto atendido por.**



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.

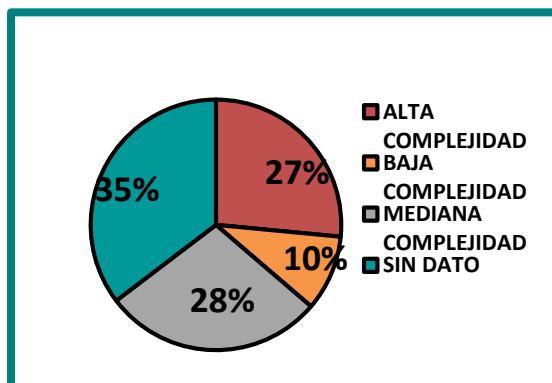
**Gráfica 18: Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según sitio de parto.**



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 19: Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el nivel de atención del parto.**

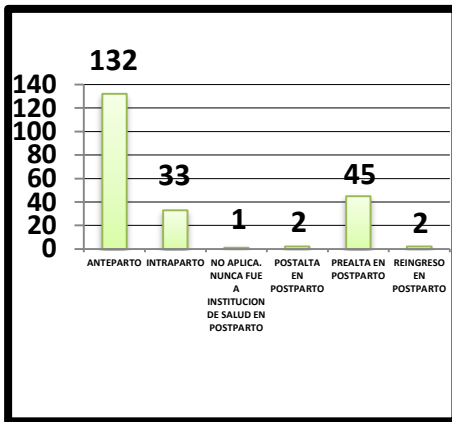


Fuente: Este estudio  
N=215

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 20: Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según el momento en que ocurrió la muerte respecto al parto.**



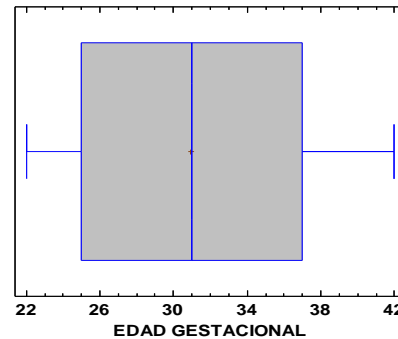
Fuente:

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.

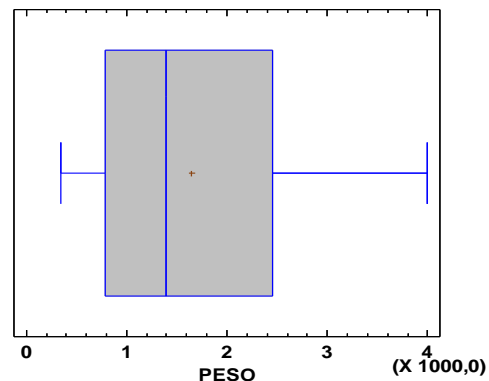
**Gráfica 21: Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la edad gestacional.**

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 el peso del recién nacido**

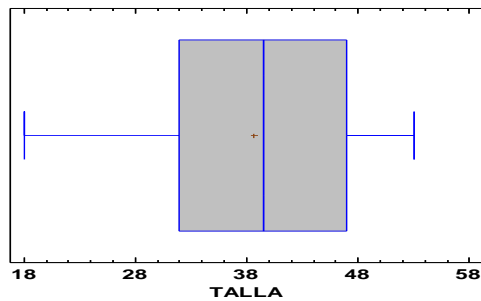


Fuente: Este estudio  
N=21

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 25: Distribución de la mortalidad perinatal en gestantes adolescentes, según la talla del recién nacido.**



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.

**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: 24,205  
 $p=0,00$

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

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

<b>CAUSA BÁSICA</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
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
<b>TOTAL</b>	<b>215</b>	<b>100</b>

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).

### **MATRIZ BABIES**

**Valores absolutos:**

<b>Grupos de peso</b>	<b>Anteparto</b>	<b>Intraparto</b>	<b>Prealta</b>	<b>Postalta</b>	<b>Total muertes</b>
< 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
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>33</b>	<b>45</b>	<b>5</b>	<b>214</b>

## 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
<b>Total</b>	<b>61,2</b>	<b>15,4</b>	<b>21,0</b>	<b>2,3</b>	<b>100,0</b>

## 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
<b>Total</b>	<b>9,50</b>	<b>2,39</b>	<b>3,26</b>	<b>0,36</b>	<b>214</b>	<b>15,6</b>

## Resumen:

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, CON NACIDOS VIVOS DE 20XX.	214	100	15,52

Respecto a el análisis cuantitativo de los periodos perinatales de riesgo ,se encontró que en lo correspondiente a salud materna, se reportaron un total de 110 casos de mortalidad perinatal, que representa un 51,4 % con una tasa de 7,98 muertes por cada 1000 vivos , en los cuidados prenatales se encontraron 59 casos que represento un 27,6% y una tasa de 4,28/1000 NV\* , en cuanto a los cuidados intraparto se encontraron un total de 16 casos equivalentes a un 7,5% ya una tasa de 1,16/1000 NV\*, en los cuidados institucionales del recién nacido se reportó un total de 24 casos, correspondiente a un porcentaje de 11.2% y una tasa de 1.74/1000 NV\* y por último en los cuidados del recién nacido y neonatal tardía postalta se encontraron 5 casos , que representa un porcentaje 23% y una tasa de 0.36/1000 NV\*. Arrojando una tasa total de mortalidad perinatal en adolescentes de 15.52/1000 NV, en el periodo 2012 – 2014.

## **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)(9) 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)(9) en México donde el porcentaje de preeclampsia fue del 12.1%, dato superior al reportado por este estudio. (Sáez 2014)(10) 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)(11)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)(12) en India, el cual mostró 68.6%, contrario a (Okumura2014)(13) 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)(11) en Chile y (Paul 2010)(12) 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)(11) 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)(14). 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.

## 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*. 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 VdIMC, Cordido BP, Pereira GMC, Gonzáles YG. Causalidad De La Mortalidad Perinatal En Tres Años De Estudio *Acta Médica Del Centro* 2013 7.
9. 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.
10. Sáez V, Pérez M. Perfil epidemiológico y perinatal de pacientes con preeclampsia. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*. 2014;40(2):155-64.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.