

Nivel de riesgo materno según AIEPI Neonatal y su asociación a óbitos fetales, morbilidad y mortalidad neonatal en tres unidades hospitalarias de la ciudad de Quito.

Daniela Carvajal,¹ Edgar Calderón¹

¹ Facultad de Medicina - Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Correspondencia: Daniela Carvajal, dany_sol9@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Identificar el nivel de riesgo materno y relacionarlo a la prevalencia de óbitos fetales, mortalidad y morbilidad neonatal.

Métodos: Estudio transversal, se revisaron 298 historias clínicas de neonatos fallecidos, neonatos ingresados a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y madres con diagnóstico de óbito fetal, en tres casas de salud de la ciudad de Quito que cuentan con servicios de Neonatología y Ginecología, durante el primer semestre del 2007. Se empleó como instrumento de clasificación del riesgo materno el algoritmo que consta en el manual de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia Neonatal.

Resultados: Se identificaron a 219 madres con embarazo de alto riesgo, 69 con mediano y 10 con mínimo riesgo. Se encontró asociación entre madres con embarazo de alto riesgo y defunciones neonatales (OR 8.45 IC95% 3.38-21.14) y neonatos ingresados a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (OR 4.43 IC95% 2.06-9.53).

Conclusión: La identificación del nivel de riesgo materno a través del algoritmo de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia Neonatal permitió asociar el alto riesgo con morbilidad y mortalidad neonatal.

Palabras clave: Mortalidad neonatal, morbilidad neonatal, óbitos fetales, riesgo materno, AIEPI Neonatal. (Rev Med Vozandes 2009; 20(1):27- 30.)

INTRODUCCIÓN

La muerte de un feto y recién nacido, así como la presencia de alguna enfermedad grave que amenace su bienestar, son situaciones de gran carga emocional tanto para la madre como para la familia. Además, el personal de salud se ve sumamente comprometido, ya que al abordar la salud del feto o neonato se está tratando a dos pacientes: madre e hijo.

La tasa mortalidad neonatal es un indicador que refleja las situaciones de salud de la madre durante el embarazo, parto y puerperio; referidas sobre todo a su estado nutricional, a los riesgos y presencia de toxemias en el embarazo.¹ Cada año mueren 4 millones de neonatos durante el primer mes de vida en el mundo. La OPS en el 2004, publicó que 270.000 niños mueren antes de cumplir un año de edad, y de estos últimos; 180.000 mueren en su primer mes de vida en América Latina y el Caribe; con un riesgo mayor de muerte en el primer día de vida (60%).²

Según el censo del 2001, en Ecuador la tasa de mortalidad neonatal en Ecuador es 8.8 por 1.000 nacidos vivos. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) reportó en el 2006, como principales causas de muerte en los neonatos aquellas que tienen relación directa con la salud materna, como son: trastornos respiratorios (31.9%), retardo del crecimiento fetal

y desnutrición fetal (19.3%), sepsis bacteriana (11.3%).³

Bajo este contexto, el bienestar fetal y neonatal depende en gran medida de la salud materna; por lo que la evolución del embarazo, es una condición que repercute directamente en el desarrollo normal y supervivencia del producto de la concepción.⁴ La gestación que condiciona a la madre, feto y/o neonato, a presentar una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto, se denomina embarazo de alto riesgo,⁵ el cual deben ser identificado precozmente, ya que aporta entre 70% a 80% de la morbi-mortalidad referida.⁶

En el 2000, la declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a alcanzarse para el 2015 planteó reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años y mejorar la salud materna.⁷ En el Ecuador y el resto de países de América y el Caribe, se instauró la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), como parte de las iniciativas para lograr esta meta.⁸ AIEPI es la herramienta utilizada para promoción y prevención de la salud del binomio madre-hijo.⁹ El componente neonatal, fue incorporado con el objetivo de disminuir el impacto de las afecciones perinatales y neonatales asociadas a la gestación; provee herramientas para reconocer

signos y problemas de riesgo en el embarazo y neonato.¹⁰

En las instituciones sanitarias con dedicación a la atención materno infantil del país la instauración de esta estrategia inició en 1997 con un prolongado proceso de adopción de la misma.¹¹ Al momento se utilizan instrumentos conforme los diseños de grupos de especialistas e instituciones.

MÉTODOS

Estudio transversal realizado a partir de la información contenida en las historias clínicas (HC) de los recién nacidos (RN) y de mujeres gestantes que ingresaron en tres unidades hospitalarias, docentes, de la ciudad de Quito, que cuentan con servicios de Neonatología y Ginecología, durante los meses de enero a junio del 2007.

Se recolectó la información de 298 HC correspondientes a los ingresos en las unidades participantes, durante el tiempo de estudio, que cumplieron con los objetivos del trabajo. Ingresaron a la base de datos 39 HC con diagnóstico de defunción neonatal (muerte ocurrida en los primeros 28 días de vida) y 225 HC de neonatos que ingresaron a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) inmediatamente, después de su nacimiento o transferidos de otra casa de salud, por presentar una enfermedad que desvió su estado de bienestar. El registro médico en el que consta el diagnóstico de óbito fetal (muerte del producto de la concepción acaecida antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independiente de la duración del embarazo, sección de cordón umbilical o desprendimiento de placenta) se presentó en 29 HC de mujeres gestantes.

Los datos fueron recopilados en una hoja de recolección, elaborada de manera expresa para este trabajo, en la cual se sistematizó la información de las historias clínicas neonatal y gineco obstétrica, siguiendo lo que según AIEPI Neonatal son los factores de riesgo biológicos que la madre puede presentar

durante el embarazo hasta el parto.¹² El número de HC que no ingresaron al estudio por falta de información fueron 27 (9.1%).

El protocolo de investigación se sometió al proceso de evaluación y aprobación en cada unidad participante. A cada historia clínica incluida en el estudio se le asignó un código, a partir del cual se realizó el análisis. No se utilizó ni el número de historia clínica, ni el nombre de la unidad de salud para realizar comparaciones. El análisis univariado se describió a través de porcentajes. La asociación de variables se realizó mediante la razón de Odds (OR), la significancia estadística se presenta con Intervalos de Confianza 95% (IC95%). El análisis se realizó en el programa SPSS 11.5.

RESULTADOS

La distribución del nivel de riesgo biológico según AIEPI Neonatal, evidencia que madres con alto riesgo fueron 219 (73.4%), con riesgo mediano 69 (23.1%) y con mínimo riesgo 10 (3.3%) madres. De los 36 neonatos fallecidos, 28 madres tuvieron embarazo de alto riesgo y en el grupo de neonatos que ingresaron a UCI fueron 152 las madres con esta condición. Todos los óbitos fetales fueron de madres con embarazo de alto riesgo.

La tabla 1 demuestra que la muerte neonatal se presenta ocho veces más cuando la madre cursó con embarazo de alto riesgo en relación con la que clasificó como riesgo mediano (OR 8.4 IC 3.38-21.14). La razón de neonatos ingresados a UCIN es cuatro veces más comparado a los que no ingresan cuando la madre tuvo riesgo alto que cuando tuvo mediano (OR 8.4 IC 2.06-9.53).

DISCUSION

Desde hace varias décadas se ha aceptado a la mortalidad infantil como un indicador de las condiciones de vida y salud de una población; y a la mortalidad perinatal, como

Tabla 1. Asociación del riesgo biológico de la madre durante el embarazo hasta el parto según AIEPI Neonatal y la condición de egreso del neonato.

Riesgo del embarazo según AIEP	Neonatos Fallecidos		OR* (IC _{95%}) †	Neonatos UCIN		OR (IC _{95%})	Óbitos Fetales		OR (IC _{95%})	
	N	%		N	%		N	%		
Alto	28	82.4	8.45 (3.38-21.14)	152	67.5	4.43 (2.06-9.53)	39	100		
Mediano	6	17.6		63	28		1,01 (0.46- 2.20)	0		
Mínimo	0			10	4.4			0		
Total	36									

Simbología: * Razón de Odds † Intervalo de confianza de 95% de la OR

un indicador de la adecuada asistencia obstétrica, neonatal y de impacto de programas e intervenciones en esta área.¹³ Al mejorar la atención y funcionamiento de estas, se lograría una franca tendencia a la disminución de las tasas de mortalidad infantil y perinatal; por esta razón se han establecido diversos programas que contribuyan al progreso de la salud materno-infantil.

A mediados de la década de los noventa, se elaboró la estrategia AIEPI Neonatal, la cual propone disminuir los índices de mortalidad y morbilidad en el contexto materno-recién nacido. AIEPI con su componente neonatal, forma parte de la ley de Maternidad Gratuita del Ecuador la cual promueve atención de calidad para todos los recién nacidos y las mujeres durante el embarazo, parto y postparto.¹⁴ Esto implica, que la estrategia AIEPI Neonatal, es una norma que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) ha propuesto para que se cumplan los objetivos de dicha ley.¹⁵

En el presente trabajo se revisaron 298 historias clínicas, documentos que constituyen las guías de recepción de información previo al nacimiento del neonato. El instrumento de evaluación del riesgo biológico de la madre que AIEPI Neonatal establece, aun no consta en las HC.¹⁶ Se revisaron varias fuentes de registro (HC gineco obstétricas, notas de ingreso, HC perinatales, HC neonatal) en cada unidad hospitalaria participante, aun así el porcentaje de pérdida de historias clínicas fue del 9.1%. Predominó los embarazos de alto riesgo en las madres de neonatos estudiados, encontrándose asociación estadísticamente significativa entre la condición de neonatos fallecidos y embarazos de alto riesgo. En varias regiones de América se ha reportado condiciones similares como en Venezuela en el cual se encontró que el 73.2% de los neonatos fallecidos tuvieron madres con embarazo de alto riesgo.¹⁷

En un estudio realizado en una de las regiones más pobres de México (Chiapas), se encontró que el riesgo obstétrico alto se asoció diez veces más con muerte perinatal (productos nacidos vivos o muertos entre las 28 semanas de gestación hasta los siete días de vida extrauterina) y el riesgo medio se asoció seis veces más con la muerte perinatal.¹⁸ El embarazo de alto riesgo es una condición frecuente encontrada en las madres cuyos fetos o recién nacidos han muerto o presentan estados de morbilidad grave, por lo que según la literatura el estudio anticipado y consiente, así como el seguimiento y actuación, prevendrían y disminuirían nefastas consecuencias fetales y neonatales.¹⁹⁻²¹

No se ha encontrado reportes científicos que determinen el riesgo de la madre durante el embarazo hasta el parto, utilizando como instrumento de referencia AIEPI Neonatal, pese a que es una estrategia que ha venido ejecutándose desde el 2003, a nivel público en varios países de América y el Caribe, para actuar ante las enfermedades o riesgos, prevenir conductas desfavorables y promover la salud materno infantil.²²

Es evidente que el embarazo de alto riesgo está asociado significativamente a la mortalidad, morbilidad neonatal y

a óbitos fetales y que es imprescindible la identificación del mismo a través de instrumentos probados y que sean socializados y apropiados por las unidades sanitarias que atienden a madres gestantes. En el caso de las instituciones participantes se requiere fortalecer el correcto uso de un sistema único de registro y así no contribuir a potenciar la ocurrencia de estos eventos desfavorables. Cabe preguntarse lo que ocurre en las demás instituciones hospitalarias del país.

CONCLUSIONES

Prevalencias del riesgo materno alto y mediano como los descritos, aun sin contar con el instrumento de registro que propone la estrategia AIEPI neonatal, debe alertar con el fin de prevenir o actuar rápidamente ante complicaciones maternas, fetales y neonatales.

Agradecimiento

Los autores desean expresar el agradecimiento al Grupo GRAAL-PUCE por el apoyo metodológico brindado para el desarrollo del presente trabajo.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Salud del Niño y del Adolescente - Salud Familiar y Comunitaria. Manual Clínico AIEPI Neonatal. Washington: OPS; 2005. p.1-3.
2. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Cada madre y cada niño contarán! Día mundial de la Salud. Carpeta de Material para Organizadores. 2005. p.3-4.
3. Secretaría técnica del Ministerio de Coordinación y Desarrollo Social del Ecuador. Sistema Integral de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE). Versión 4.5. 2007.
4. Sistematización del Taller Subregional de Evaluación y Planificación Alianzas CMMB/BMSF/OPS. Alianza Regional Acción por la salud de la infancia y la familia. 2005. p.2-4.
5. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Estrategias para mejorar el Cuidado del Recién Nacido y Recién nacida en la comunidad. Taller Regional Latinoamericano y del Caribe. 2004. p.2-5.
6. Figueiras A, Neves I, Ríos V. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. Washington: OPS; 2006. p.2-4.
7. Benguigui Y, Bissot A. Desafíos en la atención pediátrica en el siglo XXI. La estrategia AIEPI en el XIII. Panamá: OPS-OMS, ALAPE; 2003. p.3-5.
8. Grupo Asesor Técnico AIEPI (GATA). Informe de la Tercera Reunión Texas Children's Hospital. Texas: OPS-OMS; 2004. p.3-4.
9. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Manual de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la infancia. Washington: OPS; 2001.p.3-5.
10. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Prevalentes Graves de la Infancia. 2da ed. Washington: Paltext; 2004.p.3-6.
11. Hinojosa M. Informe de Desarrollo de AIEPI en Ecuador. Asunción. 2007.
12. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud de la Niñez. Manual de Capacitación Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Ecuador. 2005.p. 172.
13. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Manual Clínico AIEPI Neonatal en el Contexto del Continuo Materno-Recién Nacido-Salud Infantil. Washington:

- OPS; 2005.p.11.
14. Sistema Integrado de Legislación Ecuatoriana Lexis. Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita. Ecuador. 2002.
 15. Ministerio de Salud Pública, Unidad Ejecutora de la ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Ecuador. 2002.
 16. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud de la Niñez. Cuadro de Procedimientos Atención al Niño/Niña Neonato y Menor de Dos Meses. Ecuador. 2005. p.1.
 17. Faneite P, Dealagado P, Sablone S, Faneite J, Guédes J, Faagúndez M. En Cuánto Contribuye el Embarazo de Riesgo a la Mortalidad Perinatal? *Rev Obstet Ginecol Venez* 2003; 2(63):3.
 18. Rivera L, Fuentes M. Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas-Mexico. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(6):4-7.
 19. Donoso E, Donoso A, Villarroel L. Mortalidad Perinatal e Infantil y el Bajo Peso al Nacer en Chile y Cuba. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(3):203-208.
 20. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005; 365(9474):891.
 21. Gordon S, Smith M. Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and post term in singletom pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:489-496.
 22. Organización Panamericana de la Salud, Fondo Internacional de las Naciones Unidas de Auxilio a la Infancia. Reducción de la mortalidad y morbilidad neonatal en América Latina y el Caribe: Un Consenso Estratégico Interinstitucional. Washington:OPS; 2007. p.15.

ABSTRACT

Objective: Identify the maternal risk level and relate it to the fetal death's prevalence, neonatal mortality and morbidity.

Methods: Cross-sectional study, 298 newborn deaths clinical histories were reviewed, newborn entered at the Neonatal Intensive Unit Care and mothers with diagnosis of fetal death, entered in three hospitals in Quito equipped with Neonatology and Gynecology services during the first semester of the 2007.

As instrument of classification of the maternal risk was implemented the algorithm that consists in manual of Attention Integrated to the Neonatal Childhood Prevalentes Diseases.

Results: 219 mothers were Identified with high risk pregnancy, 69 medium and 10 with minimum risk. Was associated between neonatal mothers with high risk pregnancy and neonatal deaths (OR 8,45 IC95% 3.38-21.14) and newborn entered Neonatal Intensive Unit Care (OR 4,43 IC95% 2.06-9.53).

Conclusions: The identification of the maternal risk level through algorithm of Integrated Attention to the Neonatal Childhood Prevalentes Diseases, allow to associate the high risk pregnancy with morbidity and neonatal mortality.

Key words: Neonatal mortality, neonatal morbidity, fetal deaths, maternal risk, AIEPI Neonatal. (*Rev Med Vozandes* 2009; 20(1): 27-30.)
