



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

SEDE: UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO. 28
MEXICALI, BAJA CALIFORNIA.

**FRECUENCIA DE MUERTE PERINATAL EN EL HOSPITAL GINECO-PEDIATRIA Y
MEDICINA FAMILIAR No.31 DEL IMSS, MEXICALI, BAJA CALIFORNIA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:

DRA. ANA GABRIELA VALENZUELA HIDALGO

DRA. MARISOL SILVA BASTIDAS.

ASESOR METODOLOGICO.

DRA. NADIA HIRALES MARQUEZ.

ASESOR TEMATICO.

DRA. GUADALUPE ORTEGA VELEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

EN MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA SEPTIEMBRE DEL 2016

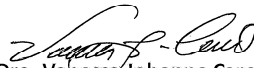
MEXICALI, BAJA CALIFORNIA, SEPTIEMBRE DE 2016.

AUTORIZACIONES:



Dra. María Elena Haro Acosta.

Coordinadora Delegacional de Planeación y Enlace Institucional.



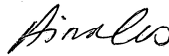
Dra. Vanessa Johanna Caro.

Jefatura de Enseñanza e Investigación Unidad de Medicina Familiar No.28.



Dra. Guadalupe Ortega Vélez.

Profesora Titular de la Especialidad en Medicina Familiar IMSS-UABC



Dra. Nadia Hirales Marquez.

Asesor Temático.



Dra. Marisol Silva Bastidas.

Asesor Metodológico.

INDICE

1. Marco Teórico
2. Antecedentes
3. Planteamiento del Problema
4. Pregunta de investigación
5. Objetivos
 - 5.1 Objetivo General
 - 5.2 Objetivos Específicos
6. Justificación
7. Material y Métodos
 - 7.1 Diseño del estudio
 - 7.2 Marco Muestral
 - 7.2.1 Población
 - 7.2.2 Muestra
 - 7.2.3 Criterios de inclusión
 - 7.2.4 Criterios de no inclusión
 - 7.2.5 Criterios de eliminación
8. Instrumento de medición
9. Procedimiento
10. Operacionalización de las Variables
11. Análisis estadístico
12. Presentacion de la información
13. Presupuesto
14. Cronograma de actividades
15. Consideraciones éticas
16. Resultados
17. Discusión
18. Conclusión

19.Recomendaciones

20. Bibliografía

21.Anexos

1. Marco teórico

La mortalidad perinatal, representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en la infancia. Estas muertes son consideradas indicadores universales tanto de condiciones de vida, como de la calidad y acceso a los servicios de salud.^(1,2)

Una muerte perinatal es el resultado final de la interacción de una serie de factores presentes en el proceso de gestación. El componente social se destaca entre ellos, específicamente en lo relacionado con el acceso económico, educativo, legal o familiar de la madre, así como la oportunidad y eficacia de los servicios de salud.⁽¹⁾

En 1838, William Farr ideó el estudio de nacimientos y muertes, publicando su estudio "Reporte anual de estadísticas vitales". En 1936 Munro Kerr publicó su libro que habla acerca de la mortalidad y morbilidad materna, ejemplificando la aplicación práctica de la epidemiología a la clínica, al demostrar una relación entre la mortalidad materna y la ubicación geográfica, edad y paridad.

La organización mundial de la salud revela una disminución en los últimos años de la tasa de mortalidad en los recién nacidos, todo gracias a los avances tecnológicos y la detección temprana de los factores de riesgo maternos y fetales que se logran mediante la realización de los controles prenatales adecuados.⁽²⁾

En los países desarrollados se observan tasas de mortalidad muy por debajo de los índices de nuestros países, así para 2010 España 3.6×1000 n.v, Australia presenta una tasa de mortalidad perinatal de 4.5×1000 n.v, Canadá 4.9×1000 n.v y EEUU 6.5×1000 n.v.

La situación de salud en América para el año 2010, Perú 18.3×1000 n.v Guatemala con 26×1000 n.v, y México 12.8×1000 n. v. Consejo Nacional de Población (CONAPO) señalan que en Baja California en 2010 fallecieron 11.1 niños menores de un año por cada mil nacimientos, cifra seis veces menor a la registrada en 1970 (67.8 defunciones por cada mil).

La expresión de período perinatal fue creada por Péller en 1965, para designar el periodo comprendido entre la vigésima semana de gestación y el vigésimo octavo día de vida extrauterina, describió por primera vez el término mortalidad perinatal. Posteriormente la OMS propone su uso para fines de comparaciones internacionales el uso del período comprendido desde que el feto alcanza los 1000 gramos de peso hasta el día 7 de vida extrauterina (período perinatal I). Y el período perinatal II al tiempo transcurrido de la semana 20 al día 28 de vida extrauterina, incluyendo de este modo el período perinatal I.(3,4,5)

Como muerte perinatal se considera todas las muertes ocurridas entre la vigesimosexta semana de gestación y el séptimo día de nacimiento, o muerte del feto que alcanza 1.000 gramos de peso.(1,5,8)

La OMS define muerte fetal como la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración de la gestación. La muerte está indicada cuando el feto no respira o no da evidencia de la vida como es la ausencia de latidos cardiacos, pulsación del cordón umbilical o movimientos musculares voluntarios (5,6)

La definición del DANE para muertes in útero es muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da otra señal de vida, como latidos del corazón pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.(7)

La mortalidad perinatal tiene dos componentes: la mortalidad fetal y la neonatal y por tener diferente origen en termino de causalidad clínica deben analizarse por separado cuando se estudian como factor de riesgo.

Se reconocen las siguientes definiciones alrededor de la muerte fetal y neonatal:

Muerte fetal desconocida: Aquella que ocurre en cualquier momento de la gestación y de imposible clasificación por edad gestacional.

Muerte fetal espontánea: La que ocurre antes de la vigésima semana de gestación.

Muerte fetal: Es la muerte de un producto desde el inicio de la concepción hasta antes de la expulsión o extracción completa de la madre, esta se subdivide en temprana, intermedia y tardía.

Muerte fetal temprana: Es la que ocurre entre la 20 y las 28 semanas de gestación, con peso fetal entre 500 y 1000 gramos.

Muerte fetal tardía: Es toda muerte ocurrida entre las 28 semanas de edad gestacional y el parto y con peso de 1000 gramos o más.

Muerte neonatal: Es la muerte ocurrida desde el nacimiento hasta los 27 días cumplidos, esta se subdivide en temprana o precoz y tardía.

Muerte neonatal precoz: Es la muerte de todo nacido vivo en los primeros siete días de vida, cuando no se conoce el peso se considera todas aquellas con 28 semanas de gestación, no se conoce la edad gestacional por amenorrea se consideran aquellas con 35 centímetros de talla-vértice –talón y peso de 1000 gramos o más.

Muerte neonatal tardía: Es la muerte después de siete y antes de 28 días de nacido.

Muerte perinatal: agrupa la muerte fetal tardía y neonatal temprana; es decir aquella que ocurrió entre la vigesimoctava semana de gestación hasta el séptimo día postparto.(1,2,4,5,8,9)

El factor de riesgo es toda característica observable en una persona, asociada a una probabilidad incrementada de experimentar un daño en su salud; su importancia consiste en que son observables e identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud y también de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo.(6,7)

La presencia de ciertas características o atributos en el recién nacido o en su madre se asocian con un aumento de la probabilidad de muerte perinatal; por ello es necesario seleccionar tempranamente los embarazos y recién nacidos de alto riesgo que permitan racionalizar la atención perinatal y concentrar los recursos en quienes más lo necesitan, a fin de brindar la atención en el nivel de complejidad que su grado de riesgo requiera, a través del enfoque de riesgo método de trabajo que permite plantear programas preventivos y de control.(6)

Según el momento en que más precozmente puedan llegar a ser identificados, los factores de riesgo de la mortalidad perinatal se clasifican en preconcepcionales, del embarazo, parto y recién nacido.

En los **factores preconcepcionales** debe investigarse la edad de la madre es un factor de riesgo importante para mortalidad perinatal. Se ha identificado especialmente 2 grupos de mayor riesgo: Las madres adolescentes y las mayores de 35 años. A las primeras se les asocia fundamentalmente con una mayor incidencia de bajo peso al nacer, este suceso se presenta de 2 a 6 veces es más frecuente en adolescentes, de estos 85% son prematuros y el 15% niños pequeños para la edad gestacional. Las causas que condicionan mortalidad perinatal en mujeres mayores de 35 años son principalmente patologías entre las que destacan hipertensión arterial, diabetes y alteraciones cromosómicas. Debe estudiarse la escolaridad y condición socioeconómica de la madre para conocer el medio social en el que vive, la tasa de mortalidad perinatal es más alta cuando más bajo es el nivel de ingresos económicos familiares, nivel educativo. La actividad laboral ya que la duración excesiva de la jornada laboral, la posición corporal inadecuada durante el trabajo, la ausencia o escasos períodos de descanso durante la jornada y el realizar un trabajo duro aumentan la mortalidad perinatal por su relación con el parto pretérmino. Asimismo, conocer el estado nutricional de la madre antes del embarazo y de los antecedentes de tabaquismo, alcoholismo o toxicomanías, ya que todos influyen en el crecimiento y el desarrollo del feto en la gestación, el tabaco es una de las causas más importantes de bajo peso al nacer. Además de los efectos específicos de cada droga, las mujeres adictas suelen realizar una nutrición inadecuada, padecer una situación socioeconómica adversa y recibir una asistencia médica insuficiente, hechos que influyen en el riesgo de muerte perinatal. Los antecedentes patológicos de la madre, como diabetes, cardiopatías o nefropatías, son de sumo interés por la repercusión que tiene en el feto y en el neonato; de igual importancia son los antecedentes de abortos, partos prematuros o productos malformados, pues es mayor el riesgo que vuelvan a presentarse en el siguiente embarazo. Los factores socioeconómicos deficientes señalados por analfabetismo, carencia de saneamiento ambiental e inadecuadas condiciones de vida, hechos que indican pobreza, condicionan el marco que caracteriza el hábitat de las mujeres embarazadas que tienen alta mortalidad perinatal.^(7,10,11,17)

Factores del embarazo.

Control Prenatal

Es la serie de contactos, programadas de la embarazada a la unidad de salud, con el objetivo de evaluar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, puerperio y lactancia materna. Este para ser eficiente debe cumplir los cuatro requisitos básicos: Precoz, periódico, completo y extenso.

Para ser óptimo debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo y así poder identificar precozmente los embarazos de alto riesgo, logrando así un adecuado seguimiento para cada caso en particular. Los embarazos de bajo riesgo requieren un número menor de consultas, algunas normas fijan como mínimo cinco controles durante el embarazo. La mortalidad perinatal es alta en las gestantes que no acceden a una adecuada asistencia médica desde el comienzo del embarazo. La ausencia de asistencia prenatal se asocia con un aumento de 4 a 10 veces en la tasa de mortalidad en comparación con las gestantes que reciben una asistencia precoz y frecuente.(2,10,11,17)

Peso corporal.

Las desviaciones extremas en el peso materno están bien definidas como elementos que proporcionan morbilidad perinatal. La poca ganancia de peso durante la gestación aumenta un 60% el riesgo de parto pretérmino, relacionándose con desnutrición materna, anemia, además de nacimientos de bajo peso al nacer, retardo en el crecimiento intrauterino, partos pretérminos. La obesidad es el incremento por encima de lo óptimo, durante el embarazo correspondiendo a un incremento por encima del 20%, del peso previo al embarazo, relacionándose con la mayor incidencia de toxemias, RPM, partos prematuros, partos prolongados, distocias de las contracciones por la infiltración grasa en el miometrio entre otros.(10,7)

Anemia durante el embarazo

Durante el embarazo asociado a todos los cambios fisiológicos propios, se produce un aumento del volumen sanguíneo, que se inicia a la semana diez, llegando al máximo a la semana 30 a 34, se produce un aumento de la masa eritrocitaria, proporcional a la hemodilución, los valores de hemoglobina disminuyen durante el embarazo.

Se consideran de alto riesgo cuando la hemoglobina es inferior a 9 gramos y el hematocrito por debajo de 32%, pues esto favorece la hipoxia fetal, retardo del crecimiento intrauterino y partos prematuros. Las concentraciones de hemoglobina menor a 6 gramos llevan al doble las cifras de mortalidad perinatal y existe mayor riesgo de preeclampsia, IVU e infección puerperal. La anemia microcítica hipocrómica constituye la forma más frecuente de anemia durante la gestación y es predominantemente por déficit de hierro.

Infecciones de vías urinarias.

Es uno de los padecimientos frecuentes durante la gestación, dividiéndose en tres entidades distintas: Bacteriuria asintomática, uretritis o cistitis y pielonefritis. La frecuencia de la enfermedad es debido a las características anatómicas de la mujer y los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo como dilatación ureteral, la ectasia urinaria y el reflujo vesicoureteral. La presencia de IVU principalmente en el tercer trimestre se asocia a una mayor incidencia de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, sepsis temprana, del recién nacido e inclusive muerte fetal.⁽¹⁷⁾

Embarazo múltiple.

Se denomina así al desarrollo de varios fetos, la frecuencia oscila alrededor de 1 por cada 80 a 120 nacimientos únicos. El 12.6 % de las muertes perinatales se produce en gestaciones múltiples, aunque únicamente representan el 2.5% de la población obstétrica. La mortalidad perinatal es 3 a 4 veces mayor comparados con los embarazos sencillos. La muerte está determinada principalmente por compresión del cordón, trastornos placentarios, polihidramnios (antes del parto), parto prematuro, RPM que se presentan en el 25% de los gemelos, y en el 50% de los trillizos, presentación anómala, interferencia circulatoria de un feto a otro, prolapso de cordón y DPPNI.^(7,12)

Hemorragias durante el embarazo.

Las principales afecciones hemorrágicas con influencia en los índices de mortalidad perinatal son: Placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta. La incidencia de muerte fetal es menor en los casos de placenta previa, que se presenta en el 0.4-0.6 % de todos los nacimientos. Cotton halló fetos muertos en el 6.3% de todos los casos. Factores predisponentes para una localización placentaria incorrecta son mujeres mayores de 35 años, multíparas, fumadoras, con antecedentes de cesárea u operación uterina previa.

Las placentas previas parcial o marginal sintomáticas se presentan hasta en 45% de los embarazos del segundo trimestre y más del 95% se resuelve antes del parto. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta es la separación de la placenta antes de nacer el feto, se presenta con una frecuencia de 0.2%, 1 de cada 20 partos, asociada con un alto porcentaje de preeclampsia, trauma directo sobre el abdomen, tumores uterinos, cordón umbilical corto, consumo de cocaína y ruptura prematura de membranas. Se produce en 1 de cada 75-90 partos y se asocia con un porcentaje de mortalidad perinatal del 20 al 35%. (12)

Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU)

Es una alteración en la que el feto no satisface su potencial de crecimiento. El feto con retardo en el crecimiento se halla privado crónicamente de sustancias nutrientes y de oxígeno. Este deterioro implica el riesgo de mayor morbilidad perinatal para el feto de 2 a 6 veces. Ocurre en 3 a 7 % de los partos. Se considera RCIU se define cuando el peso del feto es inferior al correspondiente a su edad gestacional (inferior al percentil 10), se clasifica en simétrico y asimétrico, lo que depende de la naturaleza y el tiempo en que actúen los factores inhibidores del crecimiento. Investigaciones reportan que la tasa de mortalidad neonatal en niños con RCIU asimétrico es elevada, sin embargo, tiene más tendencia a mejorar su pronóstico de crecimiento y desarrollo a largo plazo. Aproximadamente en el 50% de los casos el retraso es de origen desconocido, pero en la otra mitad existe patología que lo justifica. Cromosomopatías, enfermedades vasculares maternas, infecciones, drogas, síndrome antifosfolipídico, gestación múltiple pueden limitar el crecimiento correcto del feto. Entre las complicaciones más frecuentes en el recién nacido se encuentran: La asfixia perinatal, aspiración meconial, policitemia, inestabilidad térmica hiperbilirrubinemia.(12,17)

Toxemia gravídica.

La enfermedad hipertensiva afecta principalmente a las embarazadas en edades extremas, con poca o exagerada ganancia de peso durante el embarazo y con padecimiento como diabetes, enfermedad renal o hipertensiva crónica. Su clasificación depende de la edad de aparición, presencia y severidad de signos y síntomas. Hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia leve, preeclampsia severa y eclampsia). La preeclampsia es un desorden hipertensivo del embarazo caracterizado por

vasoespasmos, proteinuria y edema. Afecta de preferencia a las nulíparas, aparece después de las 20 semanas de gestación y es reversible en el postparto inmediato.

La eclampsia es la forma más severa de preeclampsia, en que la magnitud de la vasoconstricción provoca una encefalopatía hipertensiva, capaz de producir convulsiones en ausencia de patología neurológica. Las convulsiones incrementan la mortalidad materna y fetal en 10 y 40 veces respectivamente.

Hipertensión crónica y embarazo (hipertensión crónica, hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada, hipertensión transitoria, hipertensión crónica de causa conocida, hipertensión esencial latente expresada durante el embarazo). El pronóstico de la hipertensión crónica es bueno en cuanto a supervivencia fetal, siempre que no exista preeclampsia adicional. Y a la inversa, en pacientes con preeclampsia severa parece que el pronóstico fetal es peor si existe hipertensión previa.

La recurrencia de estados hipertensivos en subsiguientes embarazos es frecuente, añadido a las complicaciones maternas y fetales.

Entre los principales riesgos para el producto están: Insuficiencia uteroplacentaria aguda y crónica, sufrimiento fetal agudo, mortalidad fetal tardía, partos prematuros, retardo del crecimiento intrauterino entre otros. (12,17)

Ruptura prematura de membranas.

Es cuando ocurre ruptura espontánea de membranas antes del comienzo del trabajo de parto (para algunos por lo menos 1 hora antes), llamando período de latencia al momento transcurrido desde la ruptura hasta el parto, siendo prolongado después de las 24 horas.

La morbimortalidad materna es a causa de la endometritis, corioamnionitis, esto en dependencia del período de latencia, y la morbimortalidad perinatal por la prematurez, asfixia, prolapso de cordón y partes fetales y presentación anómala. En cuanto al tiempo transcurrido desde la RPM hasta el nacimiento se considera que un tiempo mayor a 24 horas es de alto riesgo para sepsis neonatal.(17)

FACTORES DEL PARTO

Placenta previa.

Proceso caracterizado, anatómicamente por inserción de la placenta en el segmento inferior del útero y clínicamente por hemorragia de intensidad variable.

Factores de riesgo predisponentes para una localización placentaria incorrecta son en multíparas y mayores de 35 años, la cirugía uterina previa (cesárea o legrados) gracias a los avances logrados en el diagnóstico y resolución del embarazo por cesárea se ha disminuido la tasa de mortalidad tanto materna como perinatal. La incidencia de muerte fetal es de 0.4 - 0.6 % de todos los nacimientos.^(12,17)

Amenaza de Parto Pretérmino.

Es la que se presenta entre las 20 y 36 semanas de gestación, caracterizado por presencia de contracciones uterinas y modificaciones cervicales (dilatación menos a 2 centímetros y borramiento menor al 50%), de importancia para el pronóstico. Se presenta con una frecuencia a nivel mundial de 2 a 12 % de total de los nacimientos vivos, determinada por las condiciones generales de la embarazada, principalmente por la desnutrición, infecciones, embarazos múltiple, RPM, estados hipertensivos, polihidramnios, esfuerzos físicos, alteraciones útero cervicales y defectos congénitos.⁽¹⁷⁾

Inducción Farmacológica del parto.

La inducción del parto es un procedimiento muy frecuente en nuestro medio, esto representa un mayor riesgo de presentarse complicaciones tanto maternas como perinatales. Las principales complicaciones están relacionadas a sobredosis del fármaco (oxitocina) y a la poca vigilancia de la inducción; entre estas, hiperdinamias uterinas, con esta el riesgo de sufrimiento fetal, rotura uterina, parto precipitado o prolongado, retención placentaria y hemorragia.⁽¹⁷⁾

Distocias de Presentación

Por la frecuencia de los partos en presentación cefálica, toda presentación diferente se considera anormal. La distocia es un trabajo de parto anormal o dificultoso, ocurre en menos del 10% de las nulíparas y es menos frecuente en multíparas. La etiología de la distocia se atribuye a uno o a la combinación de 4 factores: La pelvis materna (estrechez pélvica, presencia de tumores), el feto (tamaño fetal > a 4 kg), contracción uterina (hipertonía o hipotonía) y la placenta (placenta previa). La más frecuente de las presentaciones fetales anómalas es la presentación podálica o de nalgas, su frecuencia es de aproximadamente del 2.5 a 4% de los partos. Es frecuente antes de las 34 semanas. Se ha establecido que la mortalidad perinatal en presentación podálica es 5.5 veces mayor que el resto de las presentaciones.⁽¹⁷⁾

Procidencia de cordón.

Se define como el descenso de esta estructura a través del segmento inferior. Tiene una frecuencia aproximada de 0.4 %. La mortalidad y movilidad fetal va a depender del grado y duración de la compresión del cordón umbilical. Si la oclusión completa del cordón se ha producido por más de cinco minutos el daño o muerte puede ser inevitable.

Circular de cordón.

Es la ubicación del cordón umbilical sobre partes fetales, formando vueltas en las mismas, se presenta en el 25 a 30% de los nacimientos, siendo más frecuentes alrededor del cuello. Las causas más frecuentes son la movilidad excesiva del feto, polihidramnios y cordón largo. No son causa frecuente de sufrimiento fetal, cuando esto ocurre su instalación es lenta dando oportunidad de resolución sin compromiso fetal.

Sufrimiento Fetal Agudo.(SFA)

Se define como perturbación metabólica debida a una disminución del intercambio feto-materno, de evolución relativamente rápido, que lleva a una alteración en la homeostasis fetal y puede provocar alteraciones tisulares irreparables o la muerte del feto. Los mecanismos fisiopatológicos menor conocidos son la hipoxia y acidosis, siendo las lesiones más predominantes las de tipos neurológicas. Las causas maternas de sufrimiento fetal incluyen disminución del flujo sanguíneo uterino, hipotensión, choque, insuficiencia cardíaca súbita, reducción de la oxigenación de la sangre y la hipertensión uterina.⁽¹⁷⁾

Embarazo prolongado.

Todo embarazo que sobrepasa el límite de tiempo establecido, correspondiente a 294 días o 41 semanas y 6 días a partir del comienzo del último ciclo menstrual regular. Se ha publicado que la incidencia de embarazo prolongado según Sachs y Friedman es de 13% más allá de las 42 semanas y solo del 1 % más allá de las 43 semanas. El pronóstico materno no se altera, la mortalidad perinatal aumenta en relación directa con la prolongación del embarazo, esto puede deberse a sufrimiento fetal por oligoamnios o por síndrome de aspiración meconial entrándose en 10 a 20% de los postérminos.⁽¹²⁾

Líquido amniótico meconial

La expulsión de meconio por el feto se debe a la estimulación hipóxica del sistema parasimpático o por la estimulación de un reflejo vagal maduro, la presencia de meconio en el líquido amniótico puede indicar un episodio de sufrimiento fetal actual o ya superado por el feto, complica del 8 al 16% de todos los partos, y del 35% de los partos postérmino. De forma poco común, la expulsión de meconio provoca un síndrome de aspiración meconial, que conlleva una mortalidad el 50 %. Los síntomas de este síndrome incluyen taquipnea, tirajes, cianosis, tórax en barril, y estertores respiratorios, las complicaciones son atelectasia o neumotorax, el tratamiento de estos casos es agresivo y comienza en la sala de partos con la aspiración bajo intubación endotraqueal.⁽¹⁷⁾

Vía de nacimiento.

El nacimiento mediante cesárea implica un riesgo para el feto y el neonato que puede ser minimizado por técnicas adecuadas y personal entrenado. El procedimiento puede exponer al feto a traumatismo obstétrico como en las extracciones dificultosas del polo cefálico. El riesgo de asfixia fetal en un feto estable puede ocurrir debido a la hipotensión materna supina o anestésica, lo mismo en aspiración de líquido amniótico. La mortalidad debido a cesárea es muy difícil establecerla ya que generalmente no puede diferenciarse de la causa que determinó la indicación de cirugía. Annibale y colaboradores en un estudio observaron que los neonatos nacidos por cirugía tenían puntajes de Apgar más bajos, requirieron cuidados intermedios o intensivos y oxigenoterapia con más frecuencia que los nacidos por parto vaginal, por lo que sugirieron que la cesárea es un factor de riesgo a pesar de las actuales prácticas obstétricas.⁽¹⁷⁾

FACTORES DEL RECIEN NACIDO

Prematurez

Es todo recién nacido vivo que nace antes de 37 semanas a partir del primer día del último periodo menstrual. La morbilidad del pretérmino está fundamentalmente

determinada por la dificultad de adaptación a la vida extrauterina debido a la inmadurez de los órganos y sistemas que conducen a complicaciones respiratorias (Enfermedad de Membrana Hialina) por disminución del agente tensoactivo pulmonar, además de apnea por inmadurez del centro respiratorio, ductus arterioso persistente, hemorragias interventriculares y gastrointestinales, Enterocolitis necrosante, alteraciones metabólicas, alteraciones neurológicas, sepsis neonatal y muerte entre otros. Todas estas condiciones pueden determinar en última instancia diferentes tasas de mortalidad.

El nacimiento pretérmino es la causa de al menos el 75% de las muertes neonatales que no son atribuibles a malformaciones congénitas. La supervivencia de niños nacidos con 23 semanas de gestación varía de 0 a 8 %, con 24 semanas del 15 al 20% sobrevivirán lo suficiente como para ser dados de alta del hospital, de los nacidos con 25 semanas el 50 al 60% sobrevivirán, de 26 a 28 semanas el 85% sobrevivirán y de los nacidos con gestaciones de 29 semanas más del 90% sobrevivirán.⁽¹⁷⁾

Bajo y muy bajo peso al nacer (BPN-MBPN)

Los recién nacidos de MBPN son todos aquellos con peso menor a 1500 gramos, también considerados como prematuros, la supervivencia de estos recién nacidos es directamente proporcional al peso del nacimiento de forma que si lo llega, al 20% los que pesan entre 500 y 600 gramos, y el 85 al 90% los de peso entre 1250 a 1500 gramos.

Se denomina recién nacido de bajo peso, todo nacido vivo con peso entre 1500 y 2500 gramos, el que tiene una frecuencia del 10% de todos los nacimientos en América Latina. Los recién nacidos de BPN, tienen problemas de adaptación, teniendo 11 veces más riesgos de depresión al nacer que los nacidos a término, además de un riesgo significativo de morir en el periodo neonatal. Se calcula que los niños de bajo peso al nacer tienen 40 veces más el riesgo de morir que infantes de peso normal al nacer y los de muy bajo peso al nacer (< 1500g) incrementan su riesgo hasta 200 veces. El bajo peso al nacer está fuertemente asociado al estado socioeconómico, otros factores fueron raza, paridad, falta de control prenatal, embarazo en la adolescencia, consumo de alcohol y tabaco en la madre.⁽¹⁷⁾

Macrosomía Fetal.

Es todo recién nacido con peso mayor a 4000 gramos, este representa el 5% de partos y su mortalidad es cinco veces mayor en comparación con los peso adecuado (2500 a 3,999 Gramos), la principal complicación durante el parto es la distocia de hombros en un 10% en este grupo, además de partos prolongados, asfixia perinatal y alteraciones metabólicas.

Malformaciones Congénitas.

La malformación congénita y los trastornos genéticos juegan un papel importante en la morbilidad y mortalidad neonatal. Un dos a cuatro por ciento de los neonatos tienen una malformación seria con implicación quirúrgica o estética. Los defectos de nacimiento o los trastornos genéticos están causados por multitud de alteraciones, incluyendo alteraciones cromosómicas alteraciones de genes concretos, agentes ambientales, alteraciones multifactoriales, y muchas todavía clasificadas como desconocidas. Algunos de los factores que pueden elevar el grado de sospecha, proponiendo un rápido recuerdo anatómico del feto, incluyendo una historia familiar positiva, edad materna avanzada, exposición a teratógenos durante el embarazo retraso del crecimiento fetal.

Entre los más frecuentes se encuentran los defectos cardiacos con una frecuencia de 8 por cada 1000 nacidos, algunos causados por alteración cromosómicas, exposición a teratógenos como el virus de la rubéola; entre el 3 y 4% presentan anomalías urinarias como agenesia renal; la espina bífida ocurre en 1 por cada 1000 nacidos y se relaciona con grado variable de déficit neurológico.^(12,16,17)

Asfixia Neonatal

La asfixia perinatal es una de las principales causas de morbimortalidad del feto y recién nacido. La placenta es el órgano principal de respiración fetal, que proporciona en condiciones habituales la cantidad suficiente de O₂, lo que permite un metabolismo aeróbico y como consecuencia un crecimiento y desarrollo fetal normal. La asfixia es una restricción del oxígeno al feto produciéndole hipoxia, hipercapnea, acidosis metabólica e isquemia tisular. Tiene una Frecuencia de 5 al 10% de los recién nacidos. La causa más

importante de hipoxia fetal es, sin embargo, la insuficiencia placentaria producto de enfermedades vasculares que llevan a una disminución de la perfusión placentaria y en consecuencia de la oxigenación fetal. La patología más representativa de este grupo la constituye el síndrome hipertensivo del embarazo y muy especialmente la preeclampsia.

Dentro de los factores fetales que intervienen se mencionan la anemia grave, transfusiones feto maternas, hemorragias, isoinmunización, trastornos del cordón umbilical como prolapsos, nudos y circulares ajustadas. En el trabajo de parto la hipoxia puede ser causa de anomalías de la contracción uterina, polisistolia, asistolia, trabajo de parto muy rápido o prolongado, presentaciones viciosas, traumas obstétricos, uso de fármacos entre otros.^(16,17)

Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR)

Enfermedad de Membrana Hialina (EMH)

La enfermedad de Membrana Hialina, cuya causa primaria es la deficiencia de surfactante pulmonar, afecta sobre todo a los prematuros, su incidencia es inversamente proporcional a la edad gestacional y al peso del recién nacido, encontrándose así en el 60 al 80% en los neonatos con edad menor a 28 semanas de gestación, 15 al 30 % en los de 31 a 36 semanas de gestación y en el 5% de los que nacen con más de 37 semanas, aportando además con el 30% de todas las muertes neonatales. Se presenta con mayor frecuencia en los hijos de madres diabéticas, con antecedentes de partos prematuros, en embarazos múltiples, los nacidos por cesárea, en las asfixias, partos muy rápidos, entre otros. La terapia con el surfactante artificial mejoró radicalmente el pronóstico de estos niños. En 1960 más del 90% de neonatos que pesaban menos de 1000g fallecían por complicaciones respiratorias y mientras actualmente debido al uso de los surfactantes artificiales la mortalidad se redujo al 50%. ^(16,17)

Sepsis Neonatal

Este término se utiliza para describir la respuesta sistemática del recién nacido ante determinado proceso infeccioso, se presenta con una frecuencia aproximada de 1 a 8 por cada 1000 n.v. A pesar de los avances en la terapia antimicrobiana y el reconocimiento de los factores de riesgo para su origen las tasa de mortalidad permanecen altas (13 a 50%),

las cifras más altas son en prematuros. Las causas más comunes de sepsis temprana son los estreptococos de grupo B y las bacterias entéricas. Las tasas de mortalidad por sepsis aumentan considerablemente en neonatos de bajo peso al nacer y en presencia de factores de riesgo maternos como en los casos de corioamnionitis, RPM prolongada, infección de vías urinaria y taquicardia fetal. (16,17)

2. Antecedentes.

La organización mundial de la salud revela una disminución en los últimos años de la tasa de mortalidad en los recién nacidos, todo gracias a los avances tecnológicos y la detección temprana de los factores de riesgo maternos y fetales que se logran mediante la realización de los control prenatales adecuados.

En un estudio sobre mortalidad perinatal en el 2000, en 9 hospitales de Perú, se encontró una tasa de mortalidad perinatal de 22.9 x 1000 nacidos vivo, siendo las principales factores de riesgo con alto valor predicto (96%): bajo peso al nacer, prematuridad, depresión al nacer, morbilidad neonatal.

En 2 Hospitales públicos en Valencia, Venezuela en 2003 se realizó un estudio para evaluar la incidencia y factores de riesgo de óbito fetal, encontrándose una tasa de mortalidad fetal tardía de 16.5 x 1000 nacidos vivos siendo los factores predominantes, edad materna mayor a 35 años, infecciones maternas, hipertensión arterial y tabaquismo, donde se concluye que un adecuado control prenatal permitirá identificar los factores de riesgo asociados a la muerte fetal tardía, para así iniciar oportunamente un tratamiento destinado a evitar esa complicación.

Graciela Castañeda-Casale, Horacio Márquez-González, publicaron un estudio para determinar la tasa de mortalidad perinatal I en un hospital de segundo nivel sin unidad de cuidados perinatales, Hospital General de Zona 46, Instituto Mexicano del Seguro Social, Gómez Palacio, Durango, Méx, para contribuir con elementos epidemiológicos a la planificación de estrategias que favorezcan una mejor atención en esa etapa. De los expedientes con registro de muerte perinatal I se consignó edad materna, antecedentes prenatales y perinatales, control prenatal y diagnósticos de defunción. fueron 117 defunciones, 59.8 % correspondió a muerte fetal tardía y el resto a muerte neonatal

temprana. La tasa de mortalidad perinatal anual calculada de 2004 a 2007 fue la siguiente: 11.3, 12.8, 12.53, 15.46. El control prenatal fue bueno en 73 %; la causa más frecuente de muerte fetal tardía fue la interrupción de la circulación materno-fetal en 80 % y la causa de muerte neonatal temprana fue la asfixia perinatal en 20 %. Existió una incidencia de malformaciones de 26.5 %.

En México, Rivera y Fuentes Román. realizaron un estudio en el hospital general de Chiapas, el objetivo del estudio era identificar factores socioeconómicos, gineco-obstétricos y del producto asociados a muerte perinatal, revisando 99 casos de muerte perinatal, dando como resultados que los factores asociados a mortalidad perinatal más prevalentes eran: ocupación del padre agricultor, índice de riesgo obstétrico alto, antecedente de cesárea, cinco y más consultas prenatales y producto pretérmino. Los resultados mostraron que es necesario implementar medidas de prevención y control que aseguren la identificación del riesgo en las mujeres embarazadas, con el fin de abatir la incidencia de mortalidad perinatal.

3. Planteamiento del problema.

La muerte fetal es una de las situaciones más desconcertantes para el médico, la paciente embarazada y su familia, ya que sus causas son múltiples y a veces desconocidas, así como sus factores contribuyentes.

Cada minuto en algún lugar del mundo 8 bebés mueren en el primer mes de vida, 6 bebés mueren en la primera semana y 8 bebés nacen muertos, 450 bebés mueren cada hora por causas prevenibles. Cada año 4 millones de bebés fallecen en la etapa neonatal, tres cuartas partes tienen lugar durante los 7 primeros días y sobre todo en las horas posteriores al alumbramiento.

La mortalidad perinatal es un concepto que ha ido evolucionando, modificándose de acuerdo a los avances sobre el conocimiento acerca de la viabilidad del producto y sobre los factores vinculados con el proceso de gestación, considerando además que las causas de mortalidad y morbilidad perinatales tienen orígenes importantes en los periodos parto, e incluso antes de la gestación.

Es de suma importancia llegar al conocimiento preciso de los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de presentación de muerte fetal para evitar su aparición. Los factores de riesgo más frecuentes como la ausencia de control prenatal permanente, la edad materna, estado civil, multiparidad, el trabajo de parto prolongado, el trabajo de parto inducido, así como los problemas geográficos, económicos y culturales corresponden a los altos índices de depresión respiratoria, bajo peso al nacer, prematuridad, mortalidad perinatal en el recién nacido, contribuyendo con este estudio a la reducción de causas evitables en la atención de la madre y del recién nacido menor de siete días.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la realización de actividades eminentemente preventivas por lo que es importante conocer el fenómeno en la entidad.

La identificación de estos factores de riesgo y la magnitud que conlleva a este evento, es de capital importancia para desarrollar estudios encaminados en acciones de prevención de dichos factores y de control prenatal para evitar que continúe siendo un problema de salud en nuestro país.

4. Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de muerte perinatal en el Hospital Gineco-Pediatría y Medicina Familiar No. 31 del IMSS en Mexicali B.C. de Enero a Diciembre de 2012?

5. Objetivos.

5.1 Objetivo general

Conocer la frecuencia de muerte perinatal en el Hospital Gineco-Pediatría y Medicina Familiar No. 31 del IMSS en Mexicali B. C. de Enero a Diciembre de 2012.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar el grupo de edad materna predominante en la muerte perinatal dentro

del Hospital Gineco-Pediatría No. 31 del IMSS en Mexicali B.C de Enero a Diciembre de 2012.

- Detectar el nivel de escolaridad en las pacientes que hayan presentado una muerte perinatal.
- Determinar el estado civil más frecuente.
- Conocer la frecuencia de enfermedades cronicodegenerativas en pacientes que hayan presentado una muerte perinatal.
- Conocer el número de consultas prenatales a las que asistieron las pacientes que hayan presentado muerte perinatal.
- Definir la edad gestacional en la cual se presentaron los casos de muerte perinatal.
- Identificar el género del producto más frecuente en los casos de muerte perinatal.
- Clasificar el peso más frecuente del producto que presentaron muerte perinatal.
- Indicar la vía de nacimiento del producto más frecuente en la que se presenta dicho evento.
- Describir cuantos pacientes con muerte perinatal fueron diagnosticados con malformaciones congénitas.

6. Justificación

En Mexicali, Baja California, no se tiene el conocimiento de que se haya realizado un trabajo similar en el IMSS, no se conoce con exactitud la frecuencia, incidencia o prevalencia de dicho evento. Por lo que es importante desarrollar este estudio para establecer la frecuencia con que se presenta en nuestro medio. Ya que estos eventos no solo afecta al producto sino también a la familia alterando la dinámica familiar y por consiguiente traer consecuencias dentro de la misma.

Aun en nuestro medio, se observa que algunas pacientes ignoran la importancia de un adecuado control prenatal y el riesgo que pudiera presentarse de no hacerlo, ya que aumenta el riesgo de prematuridad y muerte perinatal.

Y esto no es aceptado ya que la norma y la guía de práctica clínica del IMSS establecen los criterios para llevar un control prenatal adecuado. Por ende la importancia de llevar esta investigación para en un futuro llevar a cabo nuevos proyectos relacionados.

7. Material y método.

7.1 Diseño del estudio

Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal

7.2 Marco muestral: Hospital de Gineco-Pediatría y Medicina Familiar No. 31 del IMSS en Mexicali, Baja California.

7.2.1 Población: Se tomo en cuenta para este estudio todas las muertes perinatales que se presentaron durante este periodo.

7.2.2 Muestra:

No probabilística por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

7.2.3 Criterios de inclusión

- Todos los nacidos vivos que hallan fallecido en los primeros 7 días posterior al nacimiento con un peso mayor a 1000 gramos y mayor a 28 SG.
- Toda muerte fetal en donde el producto fue mayor o igual a 1000 gramos o mayor o igual a 28 semanas de gestación.

7.2.4 Criterios de exclusión

- Toda aquella paciente que no tenga completa su información.
- Toda paciente no derechohabientes del IMSS.

8. Instrumento de Medición

- Expediente clínico.
- Hoja de control prenatal.

9. Procedimiento

Para el desarrollo del estudio, se coordinó con Dirección del hospital y departamento de estadística solicitando la autorización de acceso a la información de los pacientes. La información requerida se obtuvo de los expedientes clínicos, en este se consideró información general de las pacientes, antecedentes obstétricos, patologías asociadas, controles prenatales, información del parto y bienestar del recién nacido.

Para la recolección de la información requerida, se utilizó una ficha de recolección de elaboración propia (anexo) que consideró todos los datos requeridos. Toda la información recolectada se transcribió en formato digital en una hoja de cálculo de Excel.

10. Operalización de las variables

Objetivo Indicadores	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala
Edad Materna	Cuantitativa	Es la edad de una persona desde el primer día de su nacimiento hasta la actualidad.	Edad al momento del estudio 1.-< 20 años 2.- 20 a 34 años 3.-> 35 años	Numérica

Grado de escolaridad	Cualitativa	Ultimo grado de estudios aprobado por la población y reconocido por el sistema nacional educativo	1.Primaria. 2.Secundaria. 3.Bachillerato. 4.Licenciatura	Nominal
Estado civil	Cualitativa	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	1.Soltera 2.Casada 3.Union libre 4.Viuda	Nominal
Numero de gestación	Cuantitativa	Embarazo o gravidez al periodo de tiempo que transcurre entre la fecundación del ovulo por el espermatozoide y el momento del parto.	Numero de partos previos 1.- 1 2.-2 - 3 3.-Mas de 3	Discreta
Enfermedades cronicodegenerativas	Cualitativa	Enfermedades que ocurren en más de 6 meses y su evolución suele	1.Hipertensión arterial 2.-Diabetes mellitus	Nominal

		acompañar al paciente el resto de su vida		
Control prenatal	Cuantitativo	Serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.	1.- 1-3 2.- 4-6 3.- 7 o más	Intervalo
Vía de nacimiento	Cualitativa	Vía por la cual sale el producto al exterior.	1.-Parto vaginal. 2-Cesarea	Nominal
Peso al Nacer	Cuantitativa	Primer medida del peso del producto de la concepción hecha después	1.1000- 1499 2.1500 – 2499 3.2500- 3999 4.>4000	Nominal

		del nacimiento		
Edad Gestacional	Cuantitativa	Es la edad de un RN desde el primer día de la última regla hasta el nacimiento	1. 28 – 32 SG 2. 33- 36 SG 3. 37 – 41 SG 4. > de 42 SG	Nominal
Sexo	Cualitativa	Es la división del género humano en dos grupos: femenino y masculino	1.Femenino 2.Masculino	Nominal
Malformaciones congénitas	Cualitativo	Cualquier defecto morfológico, bioquímico o de conducta producido en cualquier etapa de la gestación y descubierto al nacer o después	1.-Si 2.-No	Dicotomica

11. Análisis Estadístico.

Se elaboro una base de datos en el programa Excel, donde se recabo la información obtenida previamente de los expedientes en estudio. Se procedió al análisis de la obtención de medidas de tendencia central (media y mediana) de cada variable.

12. Presentación de la información

La información obtenida se presento a manera de grafica de frecuencias y polígonos.

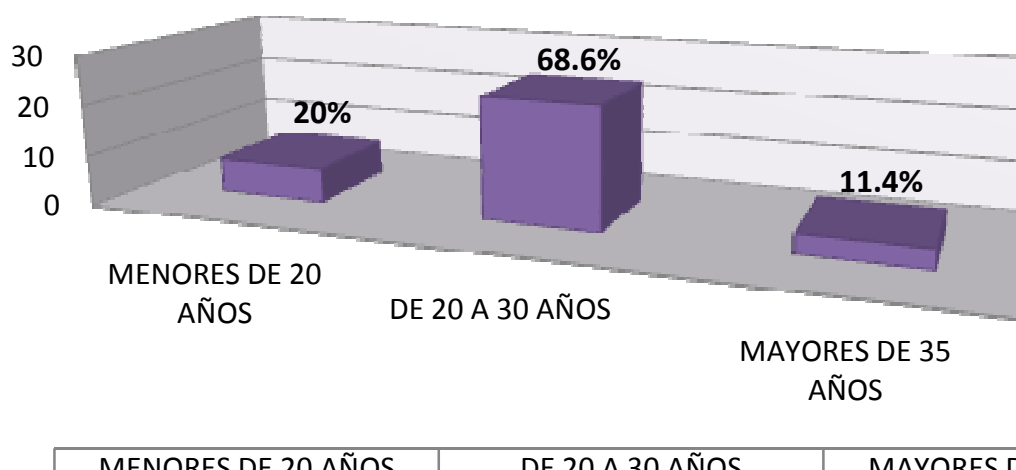
13. Presupuesto

No habrá necesidad de salarios extras a pagar, ya que los insumos necesarios para realizar la investigación son los que habitualmente se utilizan en la institución al registrar a los pacientes al nacimiento, sin requerir de materiales extras o de personal que se encargue de la recolección de los datos.

14. Cronograma de actividades.

[illegible]

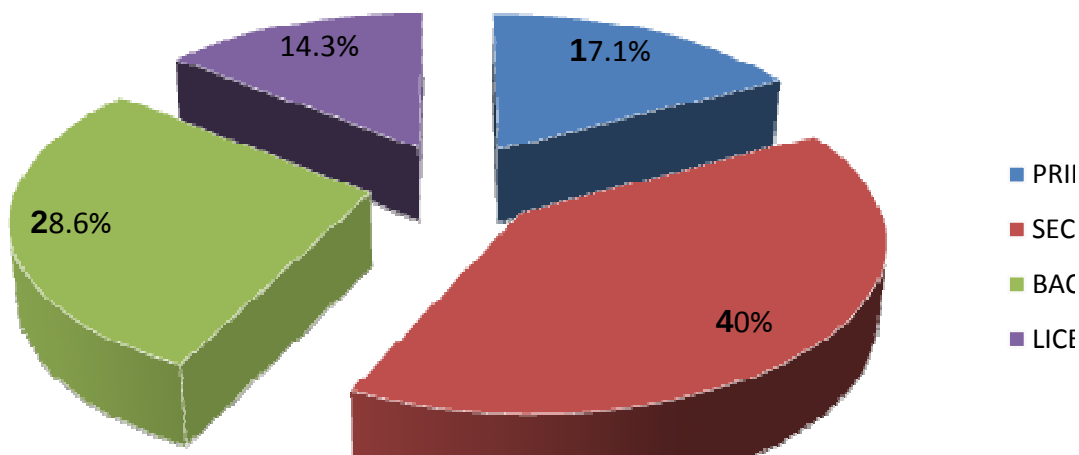
Grafica No. 1: Edad materna en años



Fuente: Excel, hoja de captura de datos

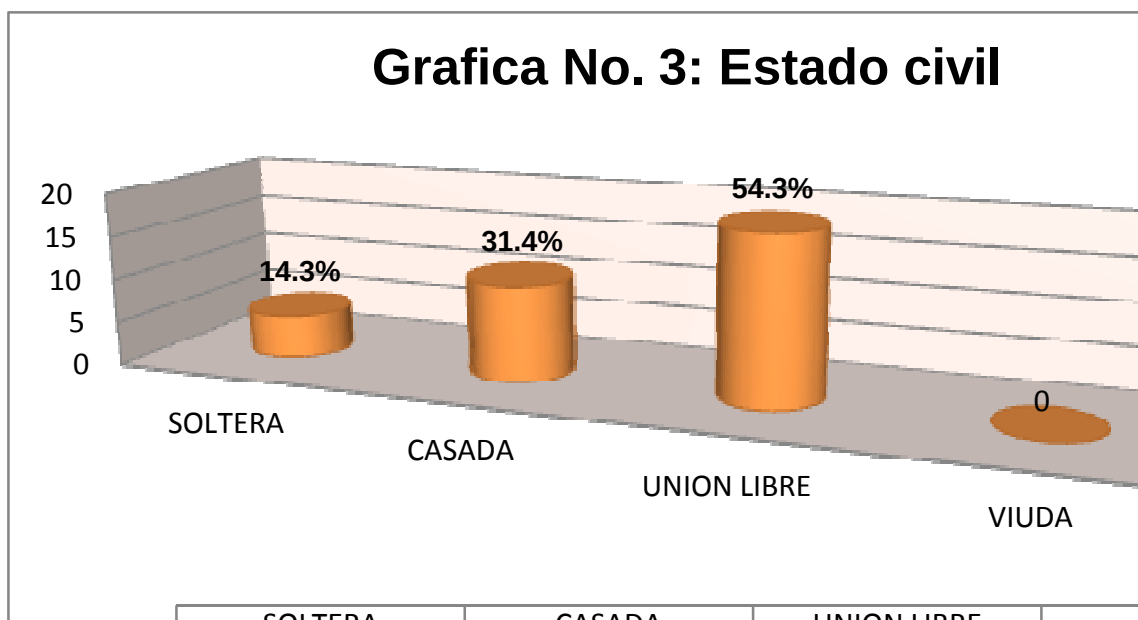
En la siguiente grafica se observa que el nivel de escolaridad que prevalece la mayoría de las pacientes, es el nivel secundaria con un 40% (14 pacientes), bachillerato con un 28.6% (10 pacientes), primaria con un 17.1% (6 pacientes) y el de menor frecuencia con un 14.3% (5 pacientes) fueron licenciatura.

Grafica No. 2: Grado de escolaridad



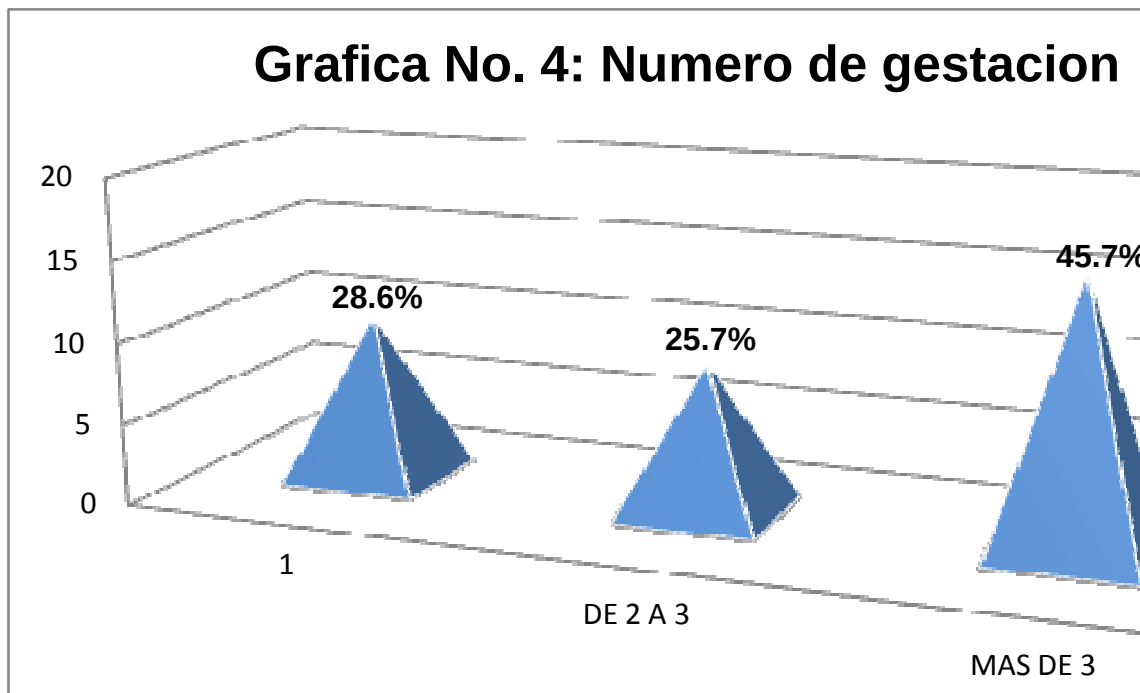
Fuente: Excel, hoja de captura de datos

Sobre el estado civil, se encontró que predominó unión libre con un 54.3% (19 pacientes), casada con un 31.4% (11 pacientes) y soltera con un 14.3% (5 pacientes) como se observa en la siguiente gráfica.



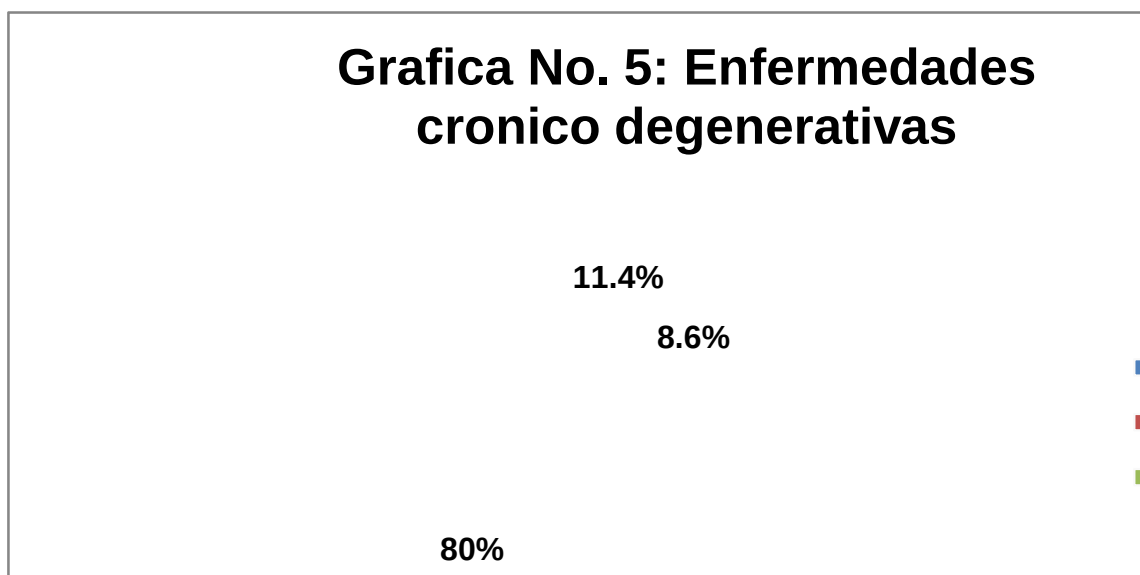
Fuente: Excel, hoja de captura de datos

En lo que respecta a la variable número de gestación se dividió en 3 grupos: en el primer grupo se ubican a las pacientes con gesta 1, con un total de 10 madres que equivalen al 28.6%; en el segundo grupo se ubicaron a las pacientes con gesta 2 a 3, con un total de 9 pacientes que equivalen al 25.7% y en el tercer grupo se ubicaron a las madres con gesta mayor a 3 obteniendo 16 pacientes que equivalen al 45.7% del total. (Ver gráfica 4).



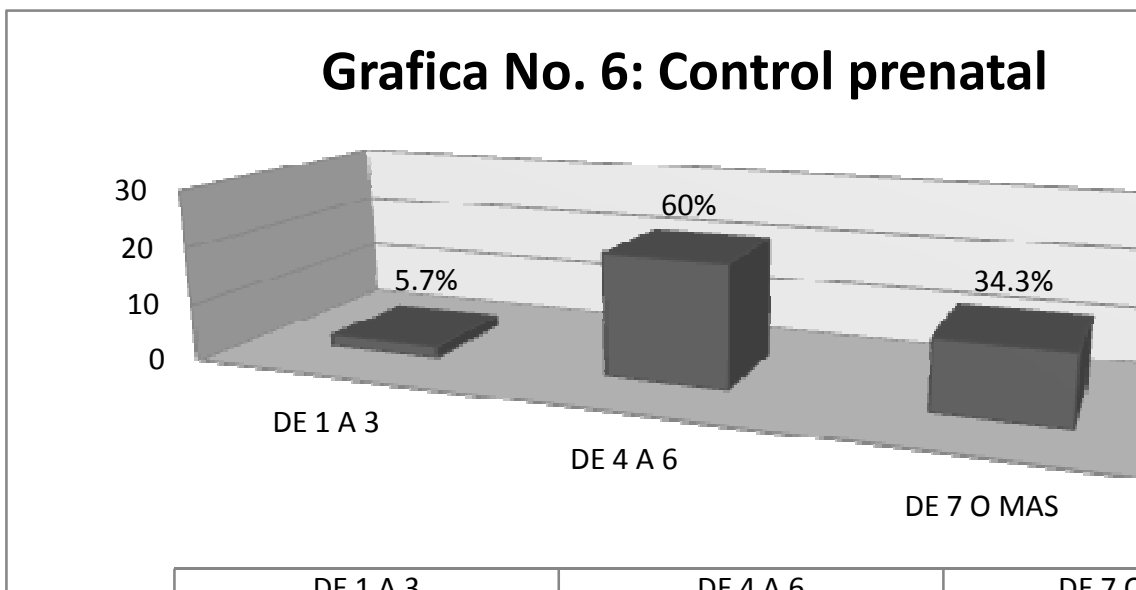
Fuente: Excel, hoja de captura de datos

La frecuencia encontrada en las madres con enfermedades crónico degenerativas fue para hipertensión arterial 4 pacientes que corresponde al 11.4%, para diabetes mellitus 3 pacientes que corresponde al 8.6% y 28 pacientes no presento ninguna enfermedad crónico degenerativa que corresponde al 80%. (Ver grafica 5).



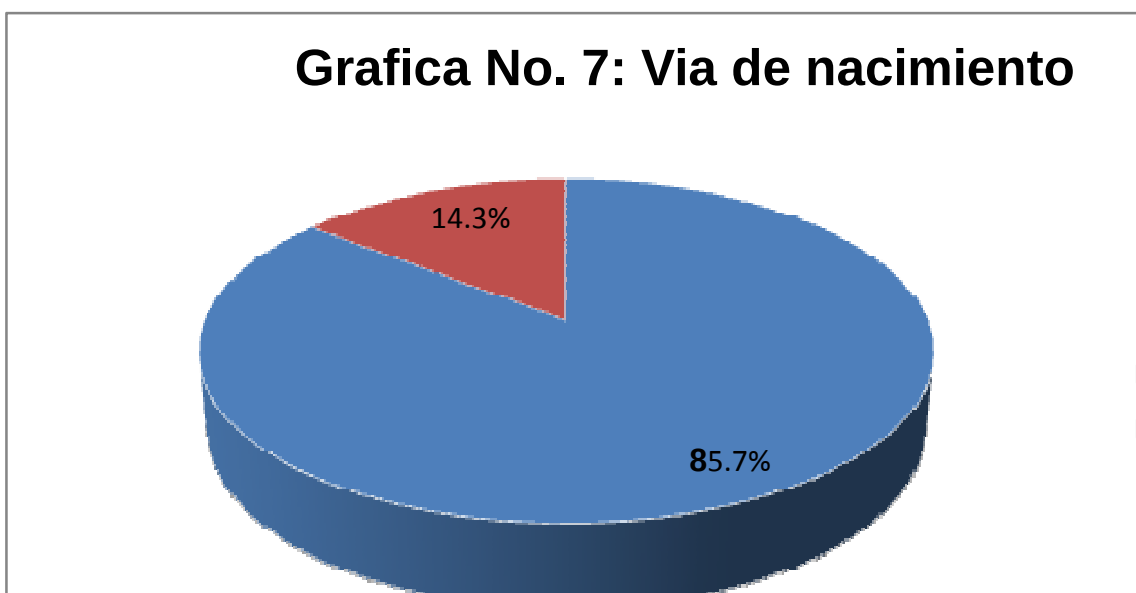
Fuente: Excel, hoja de captura de datos

Con respecto al control prenatal tenemos que un 60% (21 pacientes acudieron de 4 a 6 consultas), un 34.3% (12 pacientes acudieron 7 o más consultas) y 5.7% (2 pacientes acudieron de 1 a 3 consultas. (Ver grafica 6).



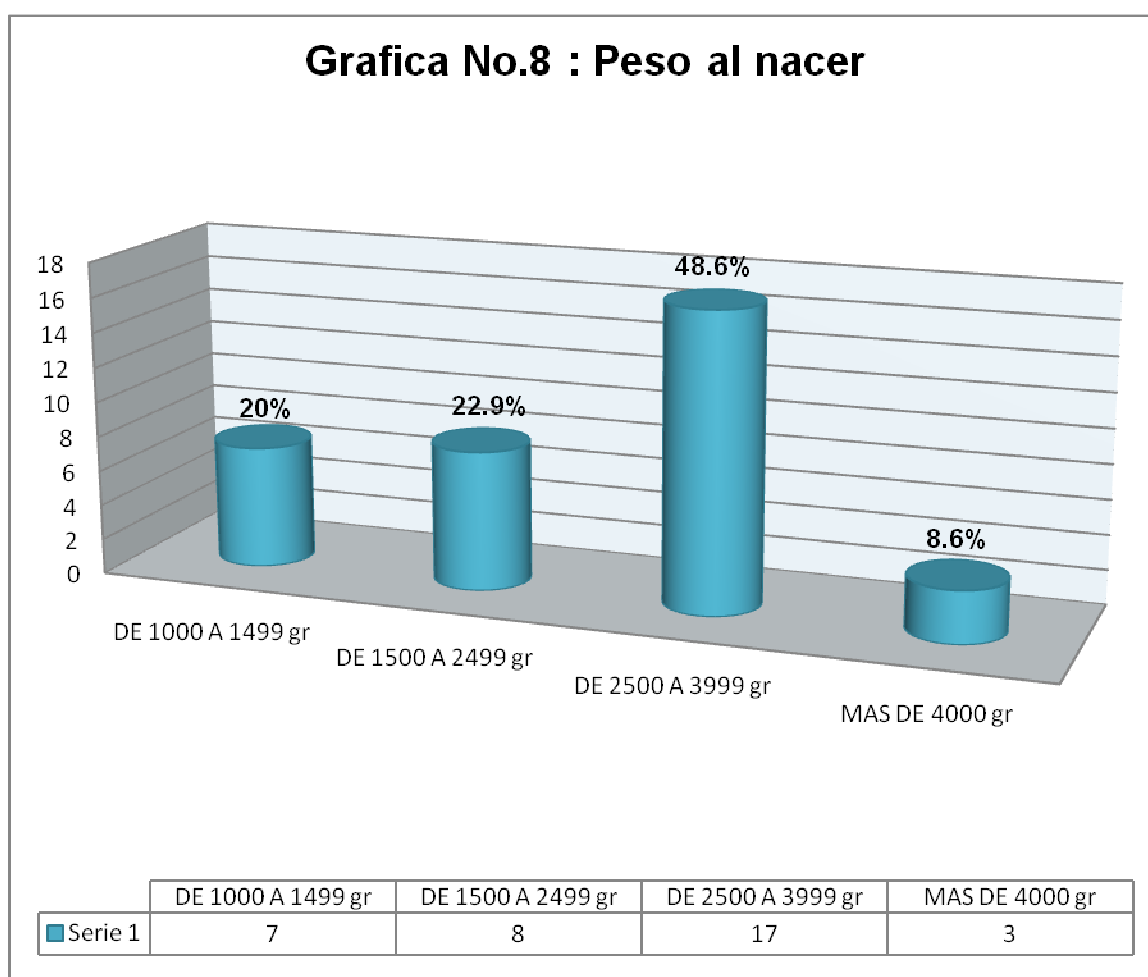
Fuente: Excel, hoja de captura de datos

Valorando la vía de nacimiento un 85.7% (30 pacientes) fue por parto vaginal y un 14.3% (5 pacientes) vía cesárea. (Ver grafica 7).



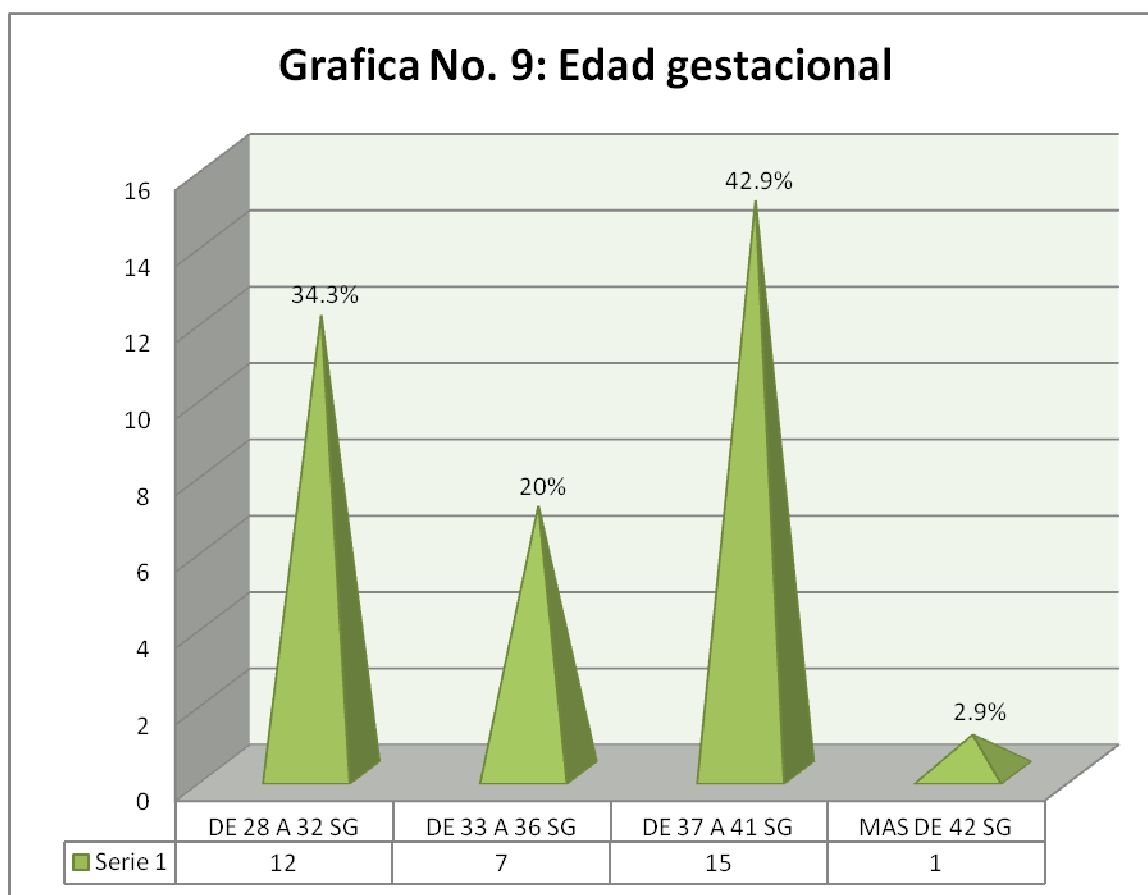
Fuente: Excel, hoja de captura de datos

En la gráfica 8 se puede observar que se recolectó el peso de los pacientes medido en gramos, logrando crear 4 grupos, encontrando el primer grupo se ubicó de 1000 gr – 1499 gr, con un total de 7 pacientes, equivalentes al 20% del total; en el segundo grupo se ubicaron los pacientes de 1500 gr -2499 gr, con un total de 8 pacientes, equivalentes al 22.9% del total; en el tercer grupo se ubicaron de 2500 gr-3999 gr, con un total de 17 pacientes, equivalentes al 48.6% del total, el cuarto grupo se ubica mas 4000 gr, con un total de 3 pacientes, equivalentes al 8.6% del total. Teniendo como media de 2615 gr, con un mínimo de 760 gr y máximo de 5500 gr, con una desviación estándar de 1051 gr.



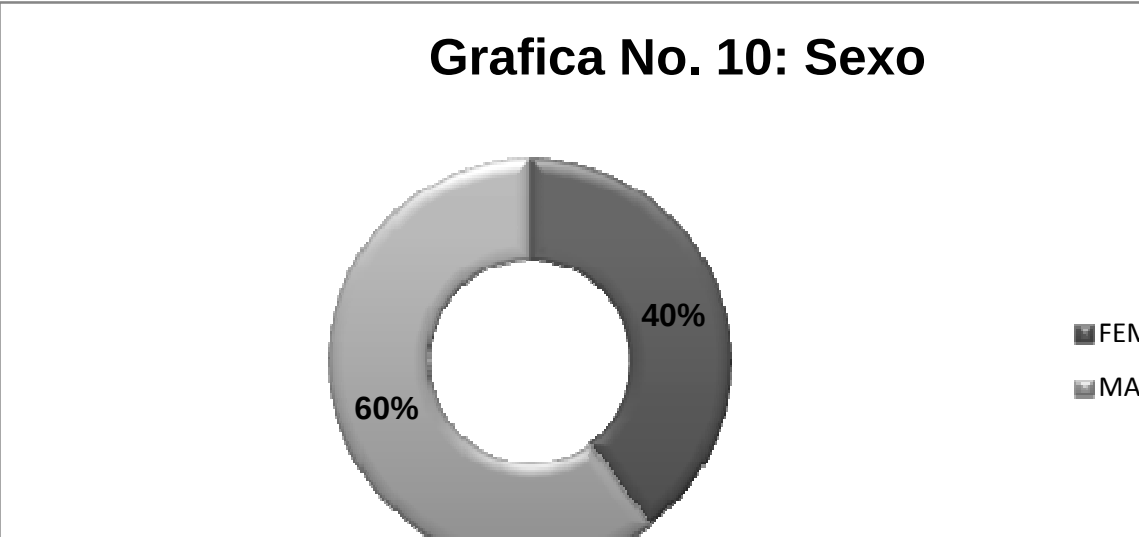
Fuente: Excel, hoja de captura de datos

Las edades gestacionales se lograron obtener cuatro grupos, el primero de 28-32 semanas de gestación, en el que se recolectaron 12 pacientes, representando el 34.3% del total de los pacientes; el segundo grupo incluye de 33-36 semanas de gestación, en el que se recabaron un total de 7 pacientes, que equivale al 20% de los pacientes; el tercer grupo fue de las semanas 37-41 de gestación, en la que se obtienen 15 pacientes equivalentes al 42.9% y el último grupo con mayor de 42 semanas de gestación se encontró a 1 paciente que equivale a 2.9% .Teniendo como mediana de 35 semanas de gestación, con un mínimo de 28 semanas y máximo de 42 semanas de gestación y una desviación estándar de 4.01 semanas



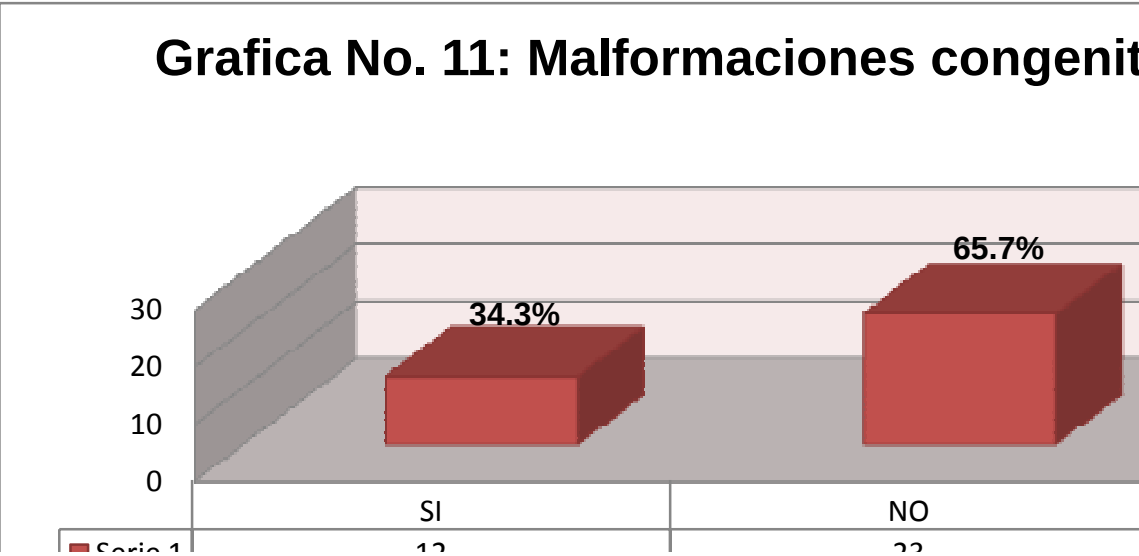
Fuente: Excel, hoja de captura de datos

De los mismos pacientes que presentaron muerte perinatal, se logró desglosar un total de 14 pacientes del sexo femenino, equivalentes al 40%, y para los pacientes del sexo masculino se obtuvieron 21 pacientes que representan el 60% del total de pacientes. (Ver gráfica 10).



Fuente: Excel, hoja de captura de datos

Un 34.3% (12 pacientes) presento malformaciones congénitas y un 65.7% (23 pacientes) no presento malformaciones congénitas. (Ver grafica 11)



Fuente: Excel, hoja de captura de datos

17. Discussion

En el presente estudio trata de identificar los factores asociados a la mortalidad perinatal en la población estudiada, Se analizaron un total de 4565 nacimientos, de los cuales se documentan 37 casos de muerte perinatal que corresponde a una frecuencia de 0.81%, sin embargo la mortalidad perinatal sigue siendo un problema de salud muy importante.

En relación con la mortalidad perinatal según la edad materna aportaron mayor número de fallecidos en los hijos de madres que tenían entre 20 y 34 años de edad, este grupo constituye el de edad más fértil de la mujer en la cual está en mejores condiciones para enfrentar un embarazo desde los puntos de vista biológico, económico y social. La edad materna es un indicador muy discutido en los estudios referentes a la mortalidad perinatal tanto nacionales como del mundo. Algunos autores dedican sus estudios específicamente a las edades extremas de la vida por considerarlas de mayor riesgo.

El grado de escolaridad de este grupo de pacientes en un alto porcentaje esta en el nivel de secundaria 40% y superior con un 28.6 % pero que a pesar de ello, no ha contribuido en mejorar su estado de salud, podría afirmarse que el grado de estudio no contribuye a disminuir los daños.

La mortalidad perinatal fue mucho más frecuente en las pacientes con gesta mayor a 3 estos resultados no coinciden con los encontrados en la literatura consultada ya que es más frecuente en las primigestas.

Las enfermedades tales como Hipertensión Arterial y Diabete Mellitus son entidades patológicas que se relacionan con múltiples evento adversos maternos y fetales como la muerte perinatal, no obstante en este estudio estas entidades no fueron patologías predominantes reportándose para Hipertensión Arterial 11.4% y 8.6% Diabetes Mellitus, lo cual nos obliga a mirar a las pacientes embarazadas aparentemente sanas como pacientes con potencial riesgo de presentar muerte perinatal y por ende no escatimar en su adecuada vigilancia y control prenatal así como en la oportuna atención obstétrica.

El promedio de consultas de control prenatal recibidas por las pacientes a lo largo de su embarazo fue de solo 4 consultas; si consideramos que la Norma Oficial Mexicana de atención a la mujer durante el embarazo, puerperio recomienda un mínimo de 5 consultas durante el embarazo.

La vía de resolución del embarazo para los casos más frecuente fue la vía vaginal con un porcentaje de 85.7% y por vía abdominal 14.3%

La edad gestacional se considera como uno de los indicadores más importantes para medir la madurez alcanzada por el feto durante la vida intrauterina, por lo que los productos menores de 37 semanas de gestación tienen menos posibilidades de vida que los productos de término en este estudio se presentó una frecuencia 54.3%.

En cuanto al género del producto la literatura reporta una mayor frecuencia de productos masculinos lo que coincidió con este estudio que reportó un porcentaje de 60%.

Se encontró un predominio de la mortalidad perinatal en los productos que pesaron al nacer más de 2 500 g aunque este no distó de manera significativa del grupo de los de bajo peso. Los resultados encontrados no coinciden con las opiniones de algunos autores que plantean que los niños que nacen con un peso inferior a 2 500 g tienen más riesgo de morir que los que alcanzan 2 500 g o más.

18. Conclusiones

La muerte perinatal es un fenómeno que varía considerablemente en su frecuencia según los diferentes autores y los distintos países. Ello se debería a la falta de precisión terminológica, lo que se pone en evidencia al compararse distintas publicaciones sobre el tema.

Según los resultados de nuestro estudio los principales factores de riesgo asociados a mortalidad perinatal son la prematuridad (edad gestacional menor a 37 semanas), el control prenatal incumplido y deficiente.

La muerte perinatal es un evento que puede prevenirse en una proporción considerable de casos, si el control prenatal se respetara en calidad y cantidad; pero para ello se requiere mayores esfuerzos a fin de educar y llevar conciencia a la población sobre esta verdad.

Los factores preconcepcionales maternos como edad materna, estado civil, número de gestas y grado de escolaridad en este estudio no se relacionan significativamente a riesgo de muerte perinatal.

El presente estudio muestra la posibilidad de realizar una investigación futura para evaluar la dinámica familiar que presentan las familias de los pacientes que sufrieron muerte perinatal tomando como base este estudio.

19. Recomendaciones

Capacitar al personal de salud para el abordaje de manera adecuada de las pacientes para la detección temprana de riesgos en las gestantes y hacer un sistema de referencia oportuno ya que secuelas de muerte perinatal pueden traer consecuencias graves en las pacientes y repercutir de manera considerable a la familia, por ello, es necesario hacer énfasis en las pacientes de alto riesgo en su embarazo y llevar un atención adecuada, basándonos siempre en las guías de práctica clínica de una manera rutinaria. Asegurar que el control prenatal sea de buena calidad, no solamente evaluativo sino educativo. Se debe evaluar la calidad y vigilar el cumplimiento de las actividades protocolizadas.

Promover la realización de pláticas educativas a las pacientes embarazadas sobre los signos de alarma para que sean capaces de identificarlos y acudir a tiempo a las unidades de salud.

16. Referencias bibliográficas.

1. Protocolos de vigilancia en salud Pública Mortalidad perinatal Secretaria distrital de Salud de Bogotá revizado marzo del 2013
www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos.
2. Graciela Castañeda, Horacio Marquez. Mortalidad perinatal en un hospital de segundo nivel de atención, Revista Med Inst Mex seguro Soc 2010;48 (3):237-242.
3. María Elena Gutiérrez, Ricardo Jorge Hernández. Mortalidad perinatal en el Hospital de Ginecoobstetricia número. 23 de Monterrey, Nuevo León (2002 a 2006), Revista Ginecol Obstet Mex 2008;76(5):243-8, ISSN-0300-9041.
4. Ricardo Jorge Hernández, Luis Gerardo Alcalá. Mortalidad fetal, neonatal y perinatal en un hospital de ginecoobstetricia. Revisión de 35 años, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (4): 353-356.
5. Norma A.Beischer, Eric V.Mackay ; Obstetricia y Neonatología, tercera edición,

McGraw-Hill Interamericana, 2000, capítulo 16, paginas 154-162 ISBN 970-10-2190-8.

6. Roberto Ariel Vogelmann, Javier Esteban Sánchez, Mauro Fabricio Sartori. Muerte Fetal Intrauterina, Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. N 188-Diciembre 2008.

7. Saulo Molina, Diana Alejandra Alfonso. Muerte fetal anteparto: ¿es una condición prevenible?, Univ. Méd.Bogotá (Colombia), 51(1): 59-73, enero-marzo, 2010.

8. Lluís Cabrero Roura Riesgo elevado Obstetrico,1996.MASSON, S.A, capítulo 1, paginas 21-23 ISBN 84-458-0340-9.

9. Carmen Luisa Betancur, Factores asociados a mortalidad perinatal Quibdó, Chocó, Colombia, 2008, Revista zona publicación semestral/ No 7/ 2009.

10. Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción/ director, Luis Cabrero Roura; coordinación general, Eduardo Cabrillo Rodríguez; Madrid : Medica Panamericana, 2003 capítulo 108 paginas 848-854 ISBN 84-7903-754-7(v.1)

11. Leonor Rivera, María de Lourdes Fuentes. Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas, Rev Saúde Pública 2003;37(6):687-92.

12. Lluís Cabrero Roura Riesgo elevado Obstetrico,1996.MASSON, S.A, capítulo 15, paginas 367-392 ISBN 84-458-0340-9.

13. Manuel Ticona R., Diana Huanco A. Mortalidad Perinatal hospitalaria en el Perú : Factores de Riesgo, Revista Chil Obstet Ginecol 2005; 70(5): 313-317.

14.. Erika Rojas, Karimar Salas. Incidencia y Factores de riesgo asociados al Óbito fetal en 2 Hospitales Venezolanos, Revista Chil Obstet Ginecol 2006; 71(1): 26-30.

15. Guía de Práctica Clínica Diagnostico y Tratamiento de muerte fetal con feto único. México: Secretaría de salud; 2010.

16. Alfredo Ovalles S., Elena Kakarieka W., Marcela Díaz C., Trinidad García Huidobro M. Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile, Revista Chil Obstet Ginecol 2012; 77(4):263-270.

17. Héctor Mejía S. Factores de riesgo para muerte Neonatal. Revisión Sistemática de la literatura.Rev.Soc.Bol. Ped.-2000:39 (3) 104-117.

