

CAPÍTULO II: MEDIO AMBIENTE

Inequidades en la atención perinatal en el Perú

Dr. Manuel Ticona Rendón

Doctor en Medicina. Profesor Principal, Universidad Jorge Basadre de Tacna

Mg. Diana Huanco Apaza

Magíster en Salud Pública. Obstetrix del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Dr. Johnny Paz Valderrama

Médico Pediatra, Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Docente, Universidad Jorge Basadre de Tacna

Dr. Julio Neyra Pinto

Médico Pediatra, Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Docente, Universidad Jorge Basadre de Tacna

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de la mortalidad perinatal es un hecho de gran importancia, porque nos proporciona una imagen del nivel de desarrollo y calidad de salud de los pueblos. Además, permite medir el estado de salud del producto de la concepción durante los dos últimos meses de vida intrauterina y los primeros 6 días de vida extrauterina.

La mortalidad perinatal no ha disminuido en forma significativa y las brechas con los países desarrollados están aumentando. Asimismo, el mayor componente de la mortalidad infantil es la mortalidad neonatal, 60% de las muertes infantiles se producen en el primer mes de vida ⁽¹⁾.

¿Cómo lograr entonces en nuestra región una sustancial mejoría de la salud materna perinatal? En primer lugar, es necesario analizar la situación actual en nuestra región. América Latina es la región del mundo donde existen mayores inequidades en la distribución de las riquezas. La mayor carga de mortalidad y morbilidad se da en las poblaciones con menores recursos; es en ellos que debemos concentrar nuestros esfuerzos. Las diferencias en los indicadores de salud entre los sectores socioeconómicos más altos comparados con los más bajos son alarmantes y ello se debe no sólo a las peores condiciones de estas poblaciones, sino también a la menor concentración y calidad de las prestaciones de salud en las que concurren a recibir atención ⁽²⁾.

En nuestra región se está viendo que aumenta el porcentaje de mujeres que asisten a los hospitales a tener sus partos; en la actualidad, 86% de los partos son hospitalarios ⁽¹⁾. La concurrencia a la atención durante el embarazo no es tan alta y el número de visitas es bajo. La atención preconcepcional es casi nula lo que se traduce en que los embarazos no deseados representan 60 a 70% de los embarazos; el embarazo en adolescentes es superior a 20% de todas

las embarazadas y continúa habiendo un alto porcentaje de grandes múltiparas ⁽³⁾.

Ante esta realidad, se necesita una enérgica respuesta de los trabajadores de salud. Si bien sabemos que las condiciones socioeconómicas son las mayores determinantes de los malos resultados, se necesita tomar acciones y estrategias de salud que puedan mejorar los indicadores. La atención prenatal del parto y del recién nacido necesitan de una serie de controles e intervenciones. No obstante, debemos explorar acciones puntuales que puedan ser aplicadas en forma masiva, que puedan llegar a poblaciones aisladas y aliviar en parte la no concurrencia de las mujeres a controles muy frecuentes.

Es necesario reforzar las investigaciones para poder lograr intervenciones concretas y masivas que puedan brindarse en forma sencilla a todas las embarazadas. La actitud del profesional debe ser muy activa, informándose de los resultados de las investigaciones, aplicando las conductas que surjan de investigaciones de buen diseño. También las normas de atención deben basarse en las mejores evidencias con una activa actualización ⁽⁴⁾. El prestador de salud debe hacer partícipe a la mujer en las decisiones, respetando sus creencias, su cultura y sus derechos.

La realidad de la región de América Latina y el Caribe es un reto para todos aquellos que deseamos una mejor salud de las madres y niños de nuestra región. De la actitud individual resultará que logremos estos objetivos. Esta actitud debe ser de humildad, para aceptar mejorías y para aceptar unírnos todos en el logro del bien común. Debe ser generosa, para rechazar prebendas individuales en beneficio de todos. Debe ser sacrificada, poniendo los mayores esfuerzos en la mejoría de la atención. Debe ser solidaria, contemplando todos los aspectos de aquellos que más lo necesitan. Debe ser científica, dedicándonos al estudio reflexivo y a la investigación, para lograr las mejores soluciones. Tenemos un gran reto que

afrontar. No podemos eludirlo. Es nuestra responsabilidad mejorar la salud materna y perinatal de América Latina y el Caribe. Unamos esfuerzos para cumplir esta meta.

MORTALIDAD PERINATAL

Según la OMS, la mortalidad perinatal tiene dos componentes: fetal tardía y neonatal precoz. La fetal tardía ocurre a partir de las 28 semanas (1000 g) hasta el parto, y la neonatal precoz es la muerte de un recién nacido vivo hasta antes de los 7 días de existencia ⁽⁵⁾.

Alrededor de 8,1 millones de infantes fallecen todos los años en el mundo, más de la mitad de ellos durante el primer mes de vida y una gran proporción en los primeros días. Muchas de estas muertes neonatales son consecuencia directa de embarazos y partos con manejo muy pobre. Millones de niños sobreviven, pero con un daño que afecta su rendimiento físico y mental toda la vida. Las causas son similares alrededor del mundo (los recién nacidos mueren o quedan dañados) por asfixia, traumatismo, infecciones o malformaciones congénitas.

El origen de la gran mayoría de este grupo de fetos y recién nacidos son las madres con complicaciones mayores durante el embarazo (hemorragias, sepsis, enfermedad hipertensiva del embarazo, etc.) y parto complicado. Muchas mujeres sobrevivirán a estas complicaciones, pero sus hijos fallecerán antes, durante y después del nacimiento ^(6,7).

El más completo de los estudios sobre mortalidad perinatal fue realizado en 1958 en Inglaterra, permite importantes conclusiones y ha servido como referencia para comparaciones en todos los países del mundo ⁽⁸⁾.

Los estudios nacionales y extranjeros demuestran claramente que la morbimortalidad materna y perinatal se concentra en grupos de población que han sido denominados de alto riesgo, los cuales deben ser identificados antes que sucedan las complicaciones. El embarazo de alto riesgo tiene una incidencia del 30% y aporta alrededor de 75% de la morbimortalidad perinatal ^(9,10).

INEQUIDADES EN EL PERÚ Y AMÉRICA LATINA

En el ámbito latinoamericano y el Caribe, Perú es el país que presenta los más marcados contrastes estructurales. Confronta la más grave crisis económica social de su historia; la referencia apunta fundamentalmente al trasfondo de las manifestaciones coyunturales, a la estructura económica social que se ha ido sedimentando a través de generaciones, presentando contornos cada vez más agudos.

La mayoría de los estudiosos concuerdan en que «el patrón de crecimiento adoptado por la sociedad peruana ha privilegiado tipos de explotación y organización productiva ajenos a las necesidades nacionales y a su rural potencial productivo». Su funcionamiento se expresa en un proceso concentración - marginación que excluye de su dinámica a vastos sectores de la población y a una gran proporción de los recursos y espacios geoeconómicos del país, especialmente de la sierra y selva.

Como consecuencia del irracional modelo de desarrollo, desde hace cinco décadas se inicia una intensa migración del campo a la ciudad, que ha motivado la inadecuada distribución de la población, trocando al Perú en un monstruo macrocefálico y cuerpo pequeño. Sólo 10% de la población se apropia del 52% del ingreso, mientras 40% de los peruanos sobreviven únicamente con 10% del ingreso.

Más de la mitad de la población (54%), unos 13 millones de habitantes de las áreas urbanas y rurales viven en situación de pobreza, y por ello, en forma especial las madres y los niños, se encuentran expuestos en mayor grado al riesgo de enfermar y morir.

Los datos estadísticos presentados en las Tablas N° 1, 2 y 3 muestran las inequidades entre el promedio latinoamericano y el Perú; la información proviene de 22 países de Latinoamérica y el Caribe ⁽¹¹⁾.

A nivel demográfico y sanitario, estos indicadores nos ubican en el promedio latinoamericano (Tabla N°1).

Tabla N° 1. Indicaciones demográficos y acceso a servicios sanitarios

Indicadores	Perú	ALC	Diferencias () Perú - ALC
Esperanza de vida (años) ambos sexos	69	70	Similar
Alfabetismo (%) (>14 años)	90	88	+2%
Tasa de natalidad (c/1000 habitantes)	24	28	4 c/1000 habitantes (-14%)
Tasa de fecundidad (hijos por mujer)	2.8	2.7	Similar
Acceso a agua potable (%)	77	85	-8%
Acceso a alcantarillado y eliminación excretas (%)	76	76	Igual
Crecimiento demográfico anual (%)	1.7	1.5	0.2% (+13%)

Fuente: UNICEF. Estado mundial de la Infancia. 2001. Nueva York, USA.

ALC: América Latina y el Caribe

En todos los indicadores, los recursos de salud son inferiores en el Perú en relación al promedio de la Región de América Latina y el Caribe. El mayor déficit está en el número de médicos (-45%) y camas hospitalarias (-38%) (Tabla N° 2).

Tabla Nº 2. Indicadores de recursos de salud

Indicadores	Perú	ALC	Diferencias	() Perú - ALC
Gasto en salud (% del PBI)	6	7.2	1.2%	(-17%)
PNB per cápita (\$)	2380	3806	\$ 1416	(- 37%)
Población que vive con menos de \$1 diario (%)	25	12	13	(+ 108%)
Camas hospitalarias por 1000 habitantes	1.8	2.9	1.1	(-38%)
Médicos cada 10000 habitantes	11.7	21.4	9.7	(-45%)
Enfermeras por 10000 habitantes	6	7.4	1.4	(-19%)
Personal capacitado en atención de embarazo (%)	67	67	Igual	
Personal capacitado en atención del parto (%)	56	85.6	29.6%	(-35%)

Fuente: UNICEF. Estado mundial de la Infancia. 2001. Nueva York, USA.

Las tasas de mortalidad (materna, infantil y en menores de 5 años) y las muertes por enfermedades evitables (IRA) son mayores en el Perú que en Latinoamérica y el Caribe. Las máximas diferencias están en la mortalidad materna (2,3 veces más), y en menores de 5 años 2 veces, siendo la tasa de mortalidad perinatal similar al promedio latinoamericano (Tabla 3).

Tabla Nº 3. Morbilidad y Mortalidad

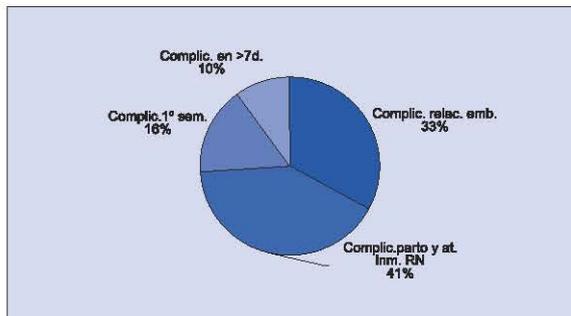
Indicadores	Perú	ALC	Diferencias	() Perú - ALC
Mortalidad materna por 100000 nacidos vivos	185	80.4	2,3 veces mayor	
Mortalidad perinatal por mil nacidos vivos	35	36	Similar	
Mortalidad infantil por mil nacidos vivos	33	29	1,1 veces mayor	
Mortalidad en < 5 años	73	39	2 veces mayor	
Mortalidad de menores de 5 años por EDA (%)	4.8	8.2	2 veces menor	
Mortalidad de menores de 5 años por IRA (%)	18.6	10.7	1.7 veces mayor	
Desnutrición crónica en < 5 años (%)	26	17	1.5 veces mayor	
Bajo peso al nacer (%)	11	9	1.2 veces mayor	

Fuente: UNICEF. Estado mundial de la Infancia. 2001. Nueva York, USA.

DIMENSIÓN DE LA MORTALIDAD PERINATAL EN EL PERÚ

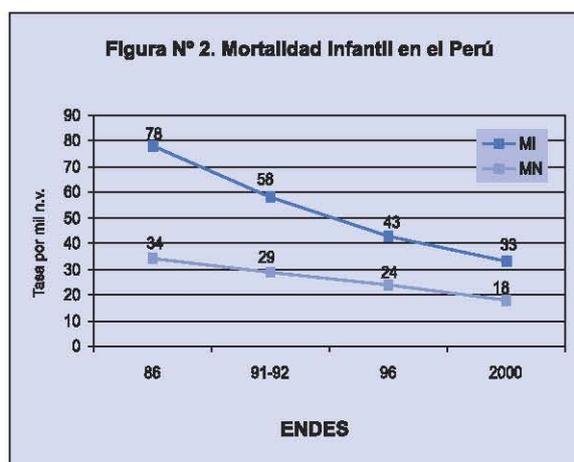
No cabe ninguna duda que en el Perú, las interurrencias y complicaciones que surgen durante el embarazo, parto y los primeros días del período neonatal gravitan para la salud del feto y del recién nacido y el desarrollo final del niño constituyen el mayor problema de salud de la población, que ocasiona muchas veces mortalidad infantil y principalmente neonatal. Del 100% de muertes neonatales en el año 2002, las complicaciones fueron 41% producidas durante el parto y atención inmediata del recién nacido; 33%, relacionadas al embarazo; 16%, en la primera semana de vida y sólo 10%, después de los 7 días de vida ⁽¹²⁾. (Figura 1).

Figura Nº 1. Causas de mortalidad neonatal - Perú 2002



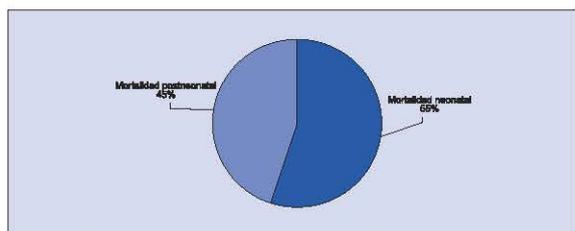
Fuente: Dirección de Mujer, Niño y Adolescente. Ministerio de Salud.

En los últimos años ha existido una importante reducción de la mortalidad infantil, llegando a 23 por 1000 nacidos vivos según ENDES 2004⁽¹⁸⁾, pero ésta aún continúa siendo elevada; estos logros han sido obtenidos a través del fortalecimiento de programas y aplicación de estrategias exitosas, especialmente en el campo de las inmunizaciones y en el control de las enfermedades diarreica y respiratoria aguda, por lo que las «causas asociadas al periodo perinatal» constituyen en la actualidad la causa más importante de la mortalidad infantil ⁽¹³⁾ (Figura 2). Esta evolución observada en nuestro país es la misma que se ha observado en otros países del mundo, y sugiere con mucho énfasis, que los esfuerzos actuales deben estar orientados hacia el control del embarazo y la asistencia del parto. En un estudio colaborativo del CLAP (en siete países latinoamericanos) se comprobó disminución de la mortalidad infantil a expensas del componente postneonatal, no habiendo variaciones en el componente neonatal ^(14,15).



En los últimos quince años la proporción de la mortalidad neonatal se ha incrementado llegando a 55% de la mortalidad infantil (Figura 3 y Tabla 4).

Figura Nº 3. Mortalidad infantil - Perú 2000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENDES 2000

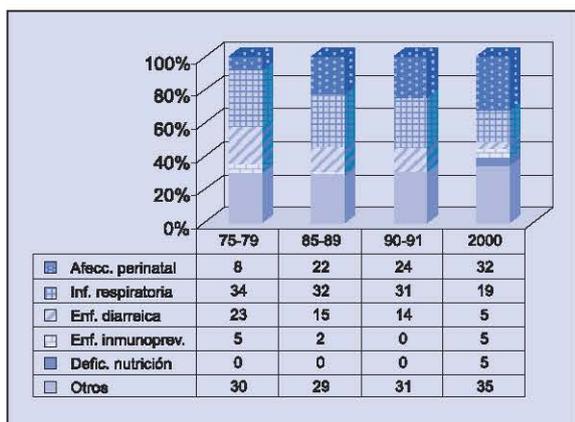
Tabla Nº 4. Evolución porcentual de mortalidad en menores de 1 año

EVOLUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD NEONATAL EN MENORES DE 1 AÑO				
AÑOS	1986	1991 - 92	1996	2000
%	44	47	52	55

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENDES.

En los últimos 25 años, la evolución proporcional de la mortalidad en menores de 5 años, descritos por causas, según informes de la Dirección de Estadística e Informática del Ministerio de Salud nos señala que se ha reducido progresivamente la mortalidad por infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas e inmunoprevenibles principalmente, ocasionando un incremento de la mortalidad por afecciones perinatales de 8 a 32%. (Figura 4).

Figura Nº 4. Evolución proporcional de la mortalidad en menores de 5 años por causas. Perú 1975 - 2000

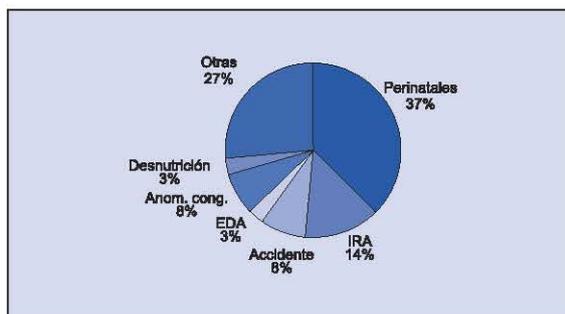


Fuente: Dirección de Estadística e Informática. Ministerio de Salud

De igual manera, en el primer año de vida en el país, la primera causa de mortalidad infantil fue afecciones perinatales (37%), seguida de infecciones respiratorias

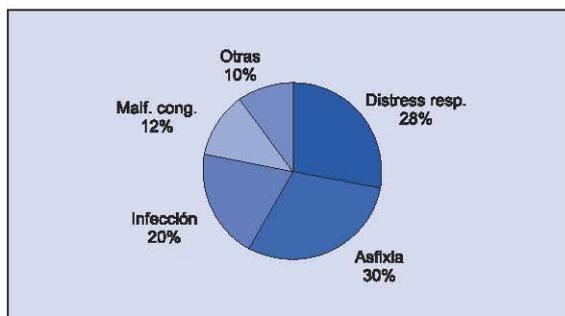
(14%), accidentes (8%), anomalías congénitas (8%), entre otros (Figura 5). Y, en el primer mes de vida, los recién nacidos fallecen principalmente por asfixia, distress respiratorio, infección o malformación congénita (Figura 6).

Figura Nº 5. Causas de mortalidad infantil - Perú 2000



Fuente: Dirección de Mujer, Niño y Adolescente. Ministerio de Salud

Figura Nº 6. Causas de mortalidad neonatal - Perú 2001



Fuente: Dirección de Mujer, Niño y Adolescente. Ministerio de Salud

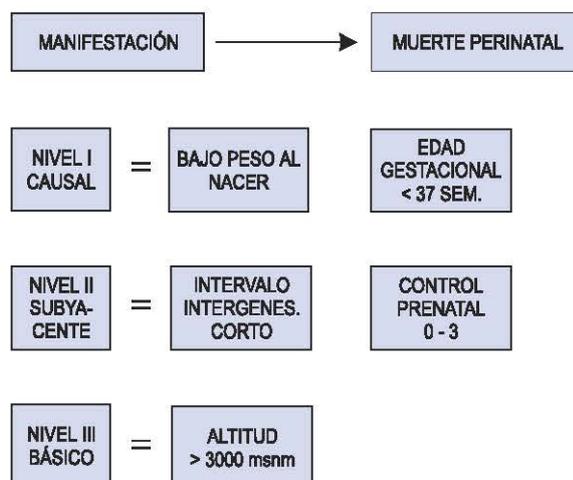
ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA MORTALIDAD PERINATAL

Resulta en apariencia sumamente difícil plantear alternativas que signifiquen soluciones para la realidad latinoamericana de la salud perinatal que hemos tratado de presentar, especialmente si persistimos en el enfoque que actualmente se tiene sobre el problema tan complejo y en general tan poco estudiado. Indudablemente debemos apartarnos de los modelos que se utilizan en países desarrollados y cuya literatura es abundante en los niveles docentes. Basados en la información obtenida, planteamos las siguientes recomendaciones:

1. Reconocer y difundir que la etapa perinatal es la de riesgo más alto en la vida de la población latinoamericana, no sólo por la cantidad elevada de muertes; sino además, por la elevada incidencia de daños graves e irreversibles que se producen en esta etapa de la vida.

2. Utilizar la metodología del enfoque de Riesgo Perinatal, primero en forma simple de modo cualitativo (tiene o no riesgo) y luego cuantitativo (riesgo alto o bajo), para poder redistribuir en forma eficiente los recursos humanos, tecnológicos y económicos a los grupos de riesgo ⁽¹⁶⁾.
3. Utilizar el modelo epidemiológico para la reducción de la mortalidad perinatal propuesto en el estudio «Factores de Riesgo de la Mortalidad Perinatal en el Perú» ⁽¹⁷⁾. Este modelo epidemiológico (Figura 7) se plantea utilizando los nueve factores de riesgo responsables de la mortalidad perinatal en el Perú encontrados en este estudio - producto del análisis multivariado-, tres factores de riesgo encontrados por la ENDES y seis factores de riesgo del estudio hospitalario (SIP2000), para poder intervenir en la reducción de la muerte perinatal en el Perú, en donde los factores de riesgo los hemos clasificado en tres niveles:
 - a) Nivel I o causal, donde están los factores que provocan directamente la mortalidad; estos son: bajo peso, prematuridad, depresión al minuto y a los 5 minutos y morbilidad del recién nacido. Se requiere servicios hospitalarios obstétricos y neonatales de referencia, con un equipo de salud especializado y con equipamiento adecuado; es de alto costo.
 - b) Nivel II o subyacente, conformado por factores de riesgo maternos responsables de los factores causales; estos factores son: intervalo intergenésico corto, ausencia o control prenatal inadecuado y multiparidad. Requieren de intervención integral en el nivel primario, realizando acciones preventivas promocionales a corto plazo, principalmente ampliando la cobertura del control prenatal y atención de parto institucional y brindado educación sexual, que incluye planificación familiar. Es de bajo costo
 - c) Nivel III o básico, se encuentra el factor de riesgo altitud > 3000 msnm, que es un indicador del ambiente donde vive la madre, es decir, poblaciones de altura que se encuentran en región de sierra, estas condiciones previas generalmente se asocian a ruralidad, baja escolaridad, no hablan castellano y se dedican a labores agrícolas, las que probablemente desencadenan los factores biomédicos que se encuentran en los niveles subyacentes y causales. Para la reducción de la mortalidad perinatal a este nivel, se requiere implementar políticas de estado con intervención de diversos sistemas relacionados con la salud individual o colectiva (sistema de salud, educación, económico, social, etc.), siendo estos a largo plazo.
4. Es necesario lograr involucrar a todas las organizaciones de la comunidad y actores sociales de la misma en el cuidado de la etapa más importante del individuo.
5. Regionalizar los Servicios de Salud de acuerdo a las políticas de salud y en concordancia con la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con el objetivo de asegurar el acceso de la población a los servicios de salud, especialmente de los más pobres, principalmente de los grupos vulnerables, como son las madres y sus recién nacidos.
6. Brindar adecuada atención de las emergencias obstétricas y neonatales. Losservicios neonatales logran, muchas veces, un desarrollo disarmónico de sus unidades de atención, generalmente orientados en implementar los de cuidados intensivos con equipos de alto costo, que generalmente son mal utilizados o subutilizados, descuidando las unidades básicas, especialmente las de reanimación neonatal.
7. Implementar un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Perinatal, ya que constituye un instrumento valioso para una adecuada y oportuna toma de decisiones y una acción inmediata a través de los programas de salud, para planificar las nuevas estrategias de intervención.

Figura Nº 7. Modelo epidemiológico propuesto para la reducción de la mortalidad perinatal



BIBLIOGRAFÍA

1. Belizán J, Martínez G, Capurro H. Perinatal health in Latin America. In: Carrera J, Cabero L, Baraibar R, eds. World th. Congress of Perinatal Medicine 5. Barcelona, September 23-27 2001. Bologna: Monduzzi; 2001. p. 19-24.
2. Barros F, Victora C, Vaughan J, Tomasi E, Horta B, Cesar J, Menezes M, Halpern R, Post C, del Mar García M. The epidemiological transition in maternal and child health in a Brazilian city, 1988-93: a comparison of two population-based cohorts. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2001; 15:4-11.
3. Conde-Agudelo A, Belizan J. Maternal morbidity and mortality associated with inter pregnancy interval: cross sectional study. *British Medical Journal* 2000; 321:1255-1259.
4. Althabe F, Buekens P, Belizán J, Belizán M. Introduction of evidence-based medicine in perinatology. In: Carrera J, th Cabero L, Baraibar R, eds. World Congress of Perinatal Medicine 5. Barcelona, September 23-27 2001. Bologna: Monduzzi; 2001. p. 1146-1152.
5. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. *Boletín del CLAP*. Montevideo, Uruguay. 1984; 1 (3).
6. Alvarez, C. Morbimortalidad Perinatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica. XVIII Congreso Nacional de Pediatría. Ica. 1995.
7. Campa, M. Algunos factores de riesgo de la mortalidad infantil en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. La Habana. 1995.
8. Bradford, G. Infant mortality in Alaska: A historical perspective. *JAMA*. 1991; 265: 217-221.
9. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. *Boletín Salud Perinatal*. 1998. Montevideo, Uruguay.
10. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. *El Control Prenatal*. *Boletín Salud Perinatal*. Montevideo, Uruguay. 1990; 3 (10).
11. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. *Situación Materna y Perinatal*. *Boletín Salud Perinatal* N° 19. 2001. Montevideo, Uruguay.
12. Ticona M. Mortalidad Perinatal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Enero-marzo 2004; 50 (1):61-71.
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000*. Lima 2001.
14. Gonzales del Riego, M. *El Control Prenatal: Mejorando desde abajo*. *Revista Niños*. 1989; 7:2-3.
15. Schwarcz R. y col. *Obstetricia*. Quinta edición. Editorial El Ateneo. 1995 Buenos Aires, Argentina.
16. Organización Panamericana de la Salud. *Manual Sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil*. Serie Paltex Para Ejecutores de Programas de Salud N° 7, 1986. Washington.
17. Ticona M. Factores de Riesgo de la Mortalidad Perinatal en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Octubre-diciembre 2003; 49 (4):227-236.
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES Continua 2004*. Informe Principal, Lima noviembre 2005.

50^o Aniversario - Bodas de Oro del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

INDICADORES DE SALUD MATERNO PERINATALES HOSPITAL «HIPOLITO UNANUE» DE TACNA

Al cumplirse el 50^o Aniversario - Bodas de Oro del Hospital Hipólito Unanue de Tacna; presentamos un análisis de los Indicadores Materno Perinatales los cuales nos ayudan a seguir trabajando para mejorar nuestra calidad de atención al binomio madre - niño a fin de cumplir con el lema de nuestra institución: «Personas que atendemos personas».

El Departamento de Ginecología- Obstetricia del HHUT brinda atención integral a la mujer a través de dos consultorios de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) para el control pre natal, consultorios de Consejería, de Psicoprofilaxis y de Puerperio, Planificación Familiar y el consultorio de Ginecología el cual atiende ginecología general y de especialidades.

En la parte medular del Departamento de Ginecología Obstetricia del HHUT, éste tiene a disposición de la población el Centro Obstétrico, el Servicio de Maternidad, la Unidad de Bienestar Fetal y la Unidad de Apoyo Diagnóstico (Ecografía).

El Centro Obstétrico cuenta con seis (06) camas de dilatación, dos (2) Salas de Expulsivo y tres (03) camas que corresponde a la Unidad de Bienestar Fetal.

El Servicio de Maternidad cuenta con ocho (8) camas para gestantes de alto riesgo obstétrico, dos (2) camas para gestantes pre-eclámpicas, dieciséis (16) camas obstétricas para parturientas normales, seis (6) camas de post-cesareadas y seis (6) camas ginecológicas.

La Unidad de Diagnóstico de Imágenes (Ecografía) cuenta con ecógrafo con el cual se atiende a las gestantes que acuden a nuestro departamento.

Finalmente, el Departamento de Ginecología - Obstetricia del HHUT cuenta desde 1992 con la Unidad de Investigación e Informática la cual está encargada de registrar las etapas de gestación, parto y puerperio por las que pasa la madre y del recién nacido en su período Neonatal el que queda registrado en la Historia Clínica Materno Perinatal y el Programa del Sistema Informático Perinatal (SIP200).

Iniciaremos nuestro análisis describiendo las etapas: Control Pre Natal, Parto, Aborto e Indicadores de Impacto.

DEL CONTROL PRE-NATAL:

Para desarrollar este tema, tomamos como referencia los últimos seis años, es decir, desde 1,999 hasta el 2,004.

En este periodo de tiempo se ha podido observar que la cobertura del Control Pre-Natal ha alcanzado un promedio del 85.3% en aquellas gestantes que tuvieron de 4 a más controles prenatales influenciado por el Seguro Integral de Salud (SIS).

Cabe resaltar que la falta de control prenatal se ha visto disminuida en el transcurso de los años llegando a ser 3.56%.

En tanto, la precocidad del Control Prenatal es de 63.25%, quedando aún un 28.9% que acude al control prenatal en forma tardía (+ de 28 semanas).

Durante el año 2,004, el Departamento de Ginecología Obstetricia brindó 4,388 atenciones a gestantes, correspondiendo a Bajo Riesgo Obstétrico, BRO, (5.3%) y Alto Riesgo Obstétrico, ARO, (97.4%), de las cuales se alcanzó un total de 204 gestantes controladas, es decir, que cumplieron con 6 controles pre-natales.

Dentro de las gestantes controladas, fluye que el 97.5% (199 gestantes) fueron de ARO y el 2.5% (5 gestantes) fueron de BRO, debido a que somos un Hospital de Referencia.

De las gestantes que fueron hospitalizadas, la patología de mayor incidencia corresponde a la amenaza de parto prematuro que alcanzó el 20.9% (105 casos) ocurridos el año pasado. Como segundo motivo de hospitalización, se encuentran las gestantes a la cuáles se les practicó estudios de bienestar fetal con un 17.4% (87 casos).

En tercer lugar se encuentra la amenaza de aborto e hiperémesis gravídica con el 12% (60 casos). Le sigue la Infección de Tracto Urinario con el 8.8% (44 casos) y la pre-eclampsia que llegó al 5.8% (29 casos); siendo éstas las principales causas de hospitalización de gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en el Servicio de Maternidad.

DEL PARTO:

En los últimos seis años el número de partos se ha incrementado llegando a su pico más alto el año 2,004 con un total de 3,497 partos en contraposición al año 2,000 que sólo se atendió 2,034 partos debido a que en los centros de salud de los servicios periféricos se brindaba este servicio especialmente en gestantes de bajo riesgo obstétrico (BRO).

Departamento de Gineco Obstetricia.

50^o Aniversario - Bodas de Oro del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

En la actualidad, el número de partos está aumentado a causa que toda gestante es considerada como de Alto Riesgo Obstétrico (ARO); además de evitar las posibles malas praxis que traen como consecuencia el incremento de procesos judiciales.

Sin embargo, el 80% de estos partos provienen de los diferentes centros de salud, denominándoseles Gestantes Referidas, siendo en su mayoría de (os Centros de Salud como San Francisco, Leoncio Prado y Ciudad Nueva.

En cuanto al factor etéreo, observamos que el 56% de los partos se presentó en gestantes entre los 20 y 29 años de edad; un promedio del 23% fluctúa entre los 30 y 39 años de edad, el que visiblemente ha sido el que más ha aumentado. Mientras que el grupo de Adolescentes (entre 10 a 19 años), se encuentra en el 17% de promedio, habiendo bajado en 4 puntos porcentuales desde 1,999.

Dentro de la morbilidad de las pacientes que tuvieron su parto vaginal en el HHUT, observamos que la anemia durante el embarazo, parto o puerperio alcanzó el 40.8%; seguido de la infección del tracto urinario (ITU) con el 19.9%; parto prematuro incluida la amenaza con un 4.3%; desgarro perineal el 3.7% y la pre-eclampsia con 2.1%.

El inicio del trabajo de Parto espontáneo es del 84%; cesárea electiva llega al 12.5% y en el caso de Inducción sólo llega al 3%, no siendo éstos determinantes para la terminación del parto, que se presenta en un 72.5% de forma espontánea, 27.5% de cesáreas, la cual se encuentra incrementada por cesáreas de urgencia, pacientes con pruebas de bienestar fetal anormal e inducción fallida.

Con referencia a las cesáreas diremos que estas se han incrementado en número (561) y porcentaje (27.5%) desde 1999 según nuestros registros, esto como ya hemos mencionado debido al aumento de cesáreas de urgencia, pruebas de bienestar fetal anormal e inducción fallida.

Las principales indicaciones para el parto por cesárea para el año 2004 fueron desproporción cefalopélvica 42.5%; sufrimiento fetal 12.25%; cesárea anterior 11.6%; presentación podálica 10.4% mientras que un 5.6% fue por Toxemia. En cuanto a la desproporción cefalopélvica, 24.6% fue por estrechez pélvica; 10.2% macrosomía fetal y 3.2% deflexión de cabeza.

DE LOS ABORTOS:

Conforme las estadísticas de nuestros registros, el Aborto se ha incrementado, habiendo alcanzado un porcentaje promedio del 13.4%. Es menester señalar que el año 2,003 alcanzó el porcentaje más alto con el 15.1% en nuestra localidad que se asemeja al promedio nacional.

Este porcentaje de abortos se presenta con mayor incidencia en las mujeres entre los 20 y 29 años, correspondiendo el 51.9% para el año 2,004 y el 9.9% para el grupo etéreo de 10 a 19 años.

DE LOS INDICADORES DE IMPACTO:

Mortalidad Materna:

La tasa de mortalidad materna del HHUT viene disminuyendo progresivamente hasta llegar al 57.9 x 1000 n.v. Es de resaltar que el año 2,002 no se registra muertes maternas.

Mortalidad Fetal Tardía:

La tasa de mortalidad fetal tardía a manteniendo como promedio el 9.8 x 1000 n.v. en los últimos seis años, recordando que en el 2000 alcanzó el 12.5 por 1000 n.v.

Se busca lograr disminuir esta tasa con un adecuado uso de las pruebas de Bienestar Fetal y oportuna intervención médica en salvaguarda de los fetos en riesgo de mortalidad.

Mortalidad Neonatal Precoz:

La tasa de mortalidad neonatal precoz se viene incrementando debido al aumento de recién nacidos pre términos y de bajo peso; los cuales son atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) del servicio de Neonatología en forma dedicada. Dicha tasa a alcanzado como promedio el 10.28 x 1000 n.v., siendo el año 2001 y 2004 de mayor incidencia, con 12.3 x 1000 n.v. y 15.4 x 1000 n.v. respectivamente.

Mortalidad Perinatal:

Debemos recordar que está resulta de la suma de la tasa de mortalidad fetal tardía y neonatal precoz, promediando al 20 x 1000 n.v. en los últimos seis años.

EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES MATERNOS PERINATALES HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 1980 - 2014

EVOLUTION OF MATERNAL PERINATAL INDICATORS HOSPITAL HIPOLITO UNANUE TACNA 1980 - 2014

Manuel Ticona Rendón (1), Diana Huanco Apaza (2), Diana Ticona Huanco (3)

(1) Médico Pediatra y Neonatólogo, Doctor en Medicina y Salud Pública. Profesor Principal de la Universidad Nacional Jorge Basadre de Tacna

(2) Obstetra del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Doctora en Salud Pública

(3) Estudiante de Medicina de la Universidad Privada de Tacna

RESUMEN

Introducción: Los indicadores miden el estado de salud, es necesario conocer su evolución para la toma de decisiones. El objetivo fue determinar los indicadores básicos de la madre y su hijo que influyen en la salud materna y perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo y analítico. Se analizó 101,947 madres y sus productos nacidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 1980 a 2014, ordenado en 7 quinquenios, se presentan porcentajes de las características maternas y perinatales y los indicadores expresados en tasas por mil. La información se obtuvo de los libros de registros de Sala de Partos y del Servicio de Neonatología durante los años 1980 a 1991 y de la base de datos del Sistema Informático Perinatal durante los años 1992 a 2014. **Resultados:** Los embarazos de alto riesgo: menores de 20 años (adolescentes), analfabetas, se ha reducido; por el contrario se han incrementado el embarazo de mujeres mayores de 34 años, primíparas, con controles prenatales, sobretodo control adecuado, terminación por cesárea, y embarazos con alguna patología materna. Los recién nacidos pretérminos se han incrementado, las condiciones al nacer del recién nacido ha mejorado, lo que se mide con la disminución de la depresión al nacer. La tasa de mortalidad perinatal, así como fetal tardía y neonatal precoz han disminuido ostensiblemente. **Conclusión:** Los indicadores de salud perinatales han mejorado, debido principalmente al mejoramiento de las condiciones sociales de la madre y el incremento del control prenatal.

Palabras clave: Indicadores maternos, indicadores perinatales, morbilidad materna, morbimortalidad perinatal.

ABSTRACT

Introduction: The indicators measure health status, it is necessary to track trends for decision-making. The objective was to determine the basic indicators of mother and son influencing maternal and perinatal health in the Hipólito Unanue Hospital in Tacna. **Material and methods:** A retrospective and analytical study. 101,947 mothers and their products born Hipólito Unanue of Tacna hospital during the years 1980-2014, ordered on 7-year periods analyzed, rates of maternal and perinatal characteristics and indicators expressed in rates per thousand are presented. The information was obtained from the books of records Birthplace and Neonatal Service during the years 1980-1991 and database Perinatal Information System during the years 1992-2014. **Results:** The high risk pregnancies: under 20 years (adolescents), illiterate, has been reduced; on the contrary have increased pregnancy in women older than 34 years, primiparous, with prenatal care, especially proper control, termination by caesarean section, and pregnancy with a maternal pathology. The preterm infants have increased, the conditions of the newborn at birth has improved, which is measured with decreasing depression at birth. The rate of perinatal mortality and late fetal and early neonatal have declined significantly. **Conclusion:** Perinatal health indicators have improved, mainly due to the improvement of social conditions of the mother and increased prenatal control.

Keywords: Indicators maternal, perinatal indicators, maternal morbidity, perinatal morbidity and mortality

INTRODUCCIÓN

Está demostrado fehacientemente que las instituciones de salud pueden lograr mayor eficiencia y efectividad cuando se dispone de información adecuada, oportuna y de calidad para la toma de decisiones en el momento preciso que el usuario la necesite. Los indicadores son instrumentos que miden el estado de salud y son necesarios para poder objetivar una situación determinada y a la vez poder evaluar su comportamiento en el tiempo mediante su comparación con otras situaciones que utilizan la misma forma de apreciar la realidad (1).

La salud materna y perinatal tiene gran importancia, ya que son los grupos más vulnerables para morbilidad y mortalidad. Los indicadores maternos perinatales de nuestro Hospital son importantes para evaluar y controlar periódicamente la calidad de atención de las madres y sus neonatos. Esta calidad de atención de los servicios de salud, se sustenta en el reconocimiento de las características de la población asistida, pudiéndose así definir y categorizar los problemas de salud en la madre y el niño (2). Son generalmente aquellos con mayores limitaciones quienes necesitan mayor calidad de atención, ya que los resultados perinatales son peores en los más desposeídos.

La morbimortalidad neonatal es un indicador negativo del resultado del proceso de la reproducción y ante cifras altas, es de esperar también que ocurra un alto número de procesos mórbidos (3,4). Estos procesos implican invalidez transitoria y/o definitiva con gran repercusión en la evolución individual, familiar y social del individuo.

Una de las metas a lograr es la atención materna y perinatal en el

Perú y en nuestro hospital, sustentada en prácticas aplicadas en la atención basadas en la mejor evidencia disponible (3). La recepción de las mejores prácticas de atención, es un derecho de los pacientes y debe brindarse una atención de la más alta calidad técnica y humana a todos por igual.

El objetivo de este estudio fue conocer las características de la población materna y perinatal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, en los últimos siete quinquenios e identificar los indicadores de morbimortalidad de los recién nacidos y así facilitar la orientación de estrategias que pueden seguir mejorando la calidad de atención en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y analítico, de los registros maternos y perinatales. Se analizó la información de 101,947 madres y sus productos nacidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo del 1 de enero de 1980 al 31 de diciembre de 2014.

Se presentan tablas de distribución de frecuencias simples por quinquenio. Se analizaron indicadores básicos de las madres como: Edad materna, escolaridad, estado civil, paridad, antecedentes obstétricos, control prenatal, patología materna, índice de cesáreas; indicadores perinatales como: , bajo peso, muy bajo peso y alto peso, prematuridad, depresión al nacer, índice de recuperación, morbilidad neonatal, mortalidad fetal, neonatal y perinatal.

Se utilizó información de los libros de egresos del Servicio de Neonatología y de los libros de Sala de Partos para analizar los

años 1980 a 1991, así como la información de la base de datos del Sistema Informático Perinatal del CLAP para los años 1992 a 1999 y del SIP2000 del Ministerio de Salud para analizar los años 2000 a 2014. La fuente de información básica constituye la historia clínica perinatal de cada nacimiento.

RESULTADOS

Se analizó 51,358 madres y sus productos nacidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 1980 a 1999 y 50,589 de los años 2000 a 2014.

Los embarazos de alto riesgo según edad mayores de 34 años (añosas) así como los partos en primíparas, se han incrementado ostensiblemente, así como los controles prenatales, sobretudo el control adecuado, las cesáreas y los embarazos con alguna patología.

Los recién nacidos pretérminos se han incrementado, los de bajo peso, muy bajo peso y de alto peso, se han mantenido. Las condiciones al nacer del RN han mejorado, lo que se mide con la disminución de la depresión al nacer. El índice de recuperación se ha mantenido alta. Las tasas de mortalidad perinatal, tanto fetal tardía como neonatal precoz han disminuido ostensiblemente.

TABLA 1. INDICADORES MATERNOS HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 1980 - 2014

INDICADORES MATERNOS	80-84	85-89	90-94	95-99	00-04	05-09	10-14
% Madres Adolesc. (10-19a.)	17.0	17.6	18.0	20.2	17.3	17.3	15.9
% Madres Añosas (35 a +)	8.2	8.3	8.1	9.4	9.9	11.2	13.3
Estado civil soltera			10.1	13.5	15.3	16.2	12.4
Instrucción: analfabeta			2.6	1.3	0.8	0.4	0.2
Instrucción: superior			12.5	18.0	22.1	21.8	19.2
% Primiparidad	34.3	37.4	42.0	47.6	46.2	46.9	45.7
% Gran multiparidad	3.9	2.8	1.5	0.8	4.4	3.8	3.4
Ant. Muerte fetal			1.9	1.6	1.6	1.4	0.9
Ant. Muerte neonatal precoz			1.8	1.2	1.2	1.1	0.6
Ant. Bajo peso al nacer			0.4	0.1	1.2	0.6	0.9
Ant. Cesarea			5.4	5.4	8.9	11.2	12.7
Ant. Aborto			21.1	20.8	21.7	21.9	25.3
% Control prenatal (CPN)	65.3	83.6	85.7	91.8	93.8	91.0	86.1
% Adecuado CPN (4 a +)	45.6	55.7	54.0	71.8	74.1	68.3	67.3
Índice de cesáreas (%)	14.4	16.8	14.9	20.2	25.6	34.0	43.1
% Patología Materna	25.5	26.0	27.0	41.6	59.7	55.7	43.0

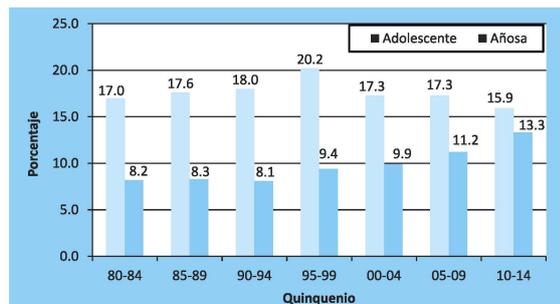


Figura 1. Grupos de riesgo según edad materna. HHUT 1980-2015

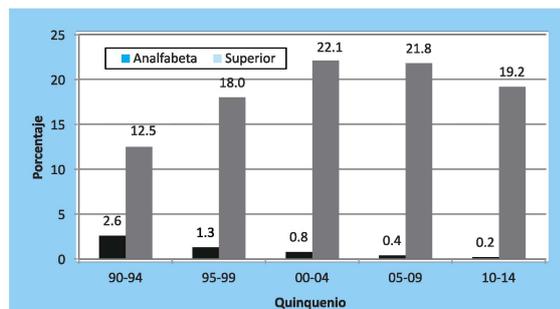


Figura 2. Grupos de riesgo según educación materna. HHUT 1980-2015

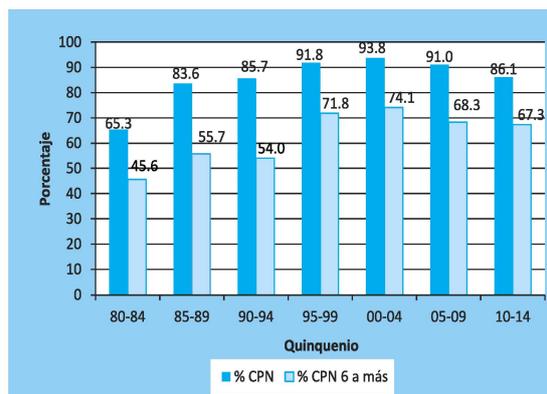


Figura 3. Cobertura de control prenatal. HHUT 1980-2015

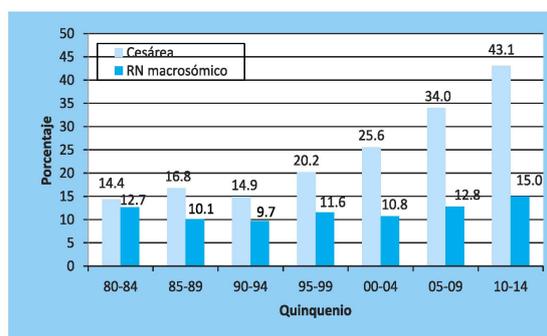


Figura 4. Tasa de cesáreas y frecuencia de RN macrosómico. HHUT 1980-2015

TABLA 2. INDICADORES NEONATALES HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 1980 - 2014

INDICADORES NEONATALES	80-84	85-89	90-94	95-99	00-04	05-09	10-14
% Muy Bajo Peso (<1500g.)	0.8	0.7	1.2	1.1	1.5	1.3	1.3
% Bajo Peso (<2500g.)	3.9	3.9	5.1	4.5	5.1	5.0	4.7
% Alto Peso (4000 g.a +)	12.7	10.1	9.7	11.6	10.8	12.8	15.0
% Pretérminos (<37 s.)	2.0	2.2	2.9	3.0	4.5	5.5	5.2
% Depresión mín. (Apgar<7)	7.6	5.9	5.7	5.6	4.8	4.6	4.0
% Depresión 5 min (Apgar<7)	2.1	1.5	1.5	1.1	0.9	0.9	0.8
Índice recuperación	72.4	74.6	73.7	80.4	81.3	80.4	80.0

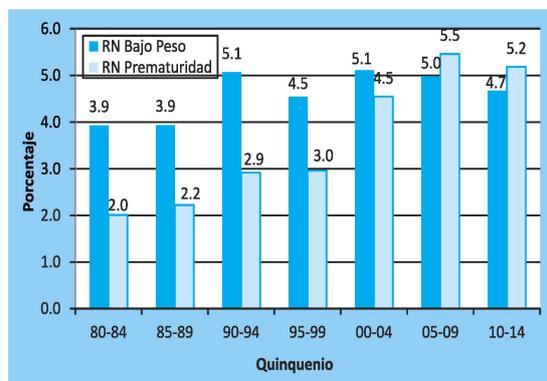


Figura 5. Frecuencia de bajo peso y prematuridad. HHUT 1980-2015

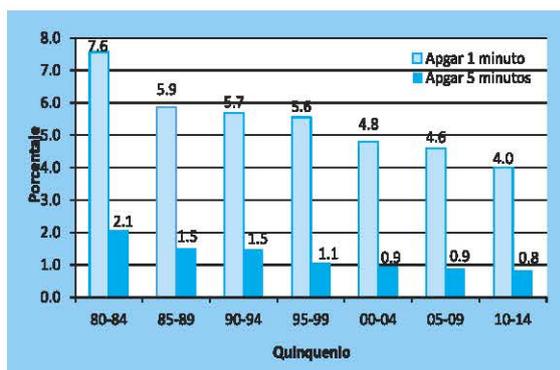


Figura 6. Apagar al minuto y 5 minutos de nacimiento. HHUT 1980-2015

TABLA 3. INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 1980 2014

INDIC. MORBIMORTALIDAD	80-84	85-89	90-94	95-99	00-04	05-09	10-14
Tasa Morbilidad Neonatal	5.2	5.4	6.1	9.3	11.8	22.5	18.2
Tasa Mort. Fetal	18.4	17.2	20.9	16.5	13.0	9.7	8.5
Tasa Mort. Fetal intermedia	2.0	2.7	4.7	3.8	2.8	2.7	2.7
Tasa Mort. Fetal Tardía	16.6	14.8	16.4	12.7	10.2	7.0	5.8
Tasa Mort. Neonatal	13.3	11.3	13.2	8.3	12.7	9.7	7.8
Tasa Mort. Neo. Precoz 499 g.	11.7	12.5	11.8	7.7	11.4	8.5	6.1
Tasa Mort. Neo. Precoz 999 g.	9.9	7.5	9.2	5.5	8.7	6.5	3.9
Tasa Mort. Neonatal Tardía	3.4	3.8	4.0	2.8	0.9	1.2	1.6
Tasa Mort. Perinatal I	27.0	22.4	25.5	19.3	18.9	13.5	9.7
Tasa Mort. Perinatal II	31.7	28.5	34.1	24.7	25.2	19.2	16.1

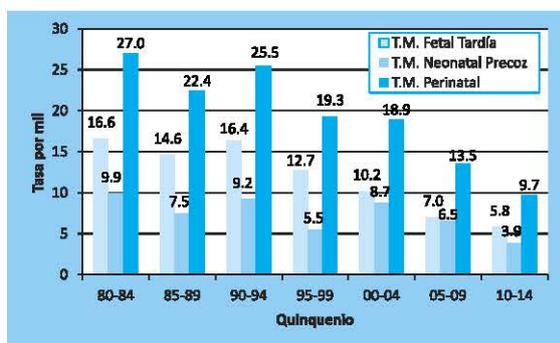


Figura 7. Tasa de mortalidad fetal, neonatal y perinatal. HHUT 1980-2015

DISCUSIÓN

Es muy satisfactoria la buena información disponible que durante estos 35 años de estudio se ha logrado sobre los resultados maternos y perinatales y los condicionantes de los mismos, sobre todo a partir de 1992, año en que se implementó el Sistema Informático Perinatal, siendo una acción crucial, mantener la calidad de información lograda en nuestro hospital hasta la fecha.

El hospital Hipólito Unanue de Tacna, sigue siendo el único centro hospitalario del Ministerio de Salud de alta complejidad de la región para la atención de la madre y su recién nacido, cuyos recursos materiales, humanos y financieros han mejorado notablemente sobre todo en los últimos 3 quinquenios. Durante este periodo existió mayor dotación de personal profesional en el campo materno perinatal, se adquirió equipos biomédicos modernos tanto materno (dopler, monitores fetales, ecógrafos, etc.) como neonatales (incubadoras, ventiladores mecánicos,

cpap, etc), así como la implementación de exámenes auxiliares en los mismos servicios que permiten el diagnóstico precoz de enfermedades y complicaciones. La cobertura alta del Seguro Integral de Salud, ha permitido el acceso temprano y la atención oportuna de las gestantes durante su embarazo, parto y puerperio, así como la de sus recién nacidos en los servicios de salud, lo que ha permitido la disminución de la mortalidad perinatal.

Los embarazos en su mayoría son de alto riesgo, ya que somos un hospital de referencia, pero el control prenatal se ha incrementado ostensiblemente sobre todo el control prenatal adecuado. Gracias al control prenatal adecuado y el mejoramiento de la educación y situación socioeconómica de la madre se ha garantizado la igualdad, accesibilidad y gratuidad de atención a través del SIS.

En relación a la edad materna, la frecuencia de los grupos de riesgo ha variado, así las madres adolescentes (menores de 20 años) se han incrementado en los primeros cuatro quinquenios hasta el año 1999 desde 17% hasta 20,2%, pero a partir de este año la frecuencia se ha reducido hasta el último quinquenio, llegando hasta 15,9%. Las madres añosas durante los siete quinquenios analizados, se ha incrementado en 62%, en el primer quinquenio de 8,2% hasta 13,3% en el último quinquenio de estudio. (Tabla y figura 1).

Respecto a la educación de la madre, la frecuencia de las analfabetas se han reducido notablemente en un 92%, de 2,6% en el quinquenio 1980-85 a 0,2% en el quinquenio 2010-14; sin embargo las madres con educación superior se han incrementado en 74% de 12,5% en el primer quinquenio hasta 21,8% en el último quinquenio, lo que demuestra un mejoramiento de la educación materna.

En relación a la paridad, los grupos de riesgo han tenido un diferente comportamiento, así la primiparidad se ha incrementado de 34,3% a 45,7% y la gran multiparidad ha disminuido ostensiblemente de un 3,9% en el quinquenio 1980-1985 a 0,8% en el quinquenio 1995-1999, pero a partir del siguiente quinquenio se ha vuelto a incrementar hasta 3,4% en el último quinquenio; es decir la frecuencia de gran múltiparas ha vuelto a ser la misma después de 35 años. Por consiguiente los partos de alto riesgo; es decir las primíparas, se han incrementado y las grandes múltiparas, siguen igual (Tabla 1).

Los embarazos con algún control prenatal se han incrementado de 65,3% a 93,8%; así como los controles prenatales adecuados, en los cuatro primeros quinquenios, el control adecuado es aquel de 4 controles a más, pero en los últimos tres quinquenios, el control prenatal adecuado se define como aquellos que tienen de 6 a más controles (Figura 3).

En estos 35 años el índice de cesáreas se ha incrementado tres veces más de 14,4% a 43,1%; sin embargo, la frecuencia de recién nacidos de alto peso o macrosómicos se han mantenido, excepto en el último quinquenio que se ha incrementado notoriamente (Figura 4).

En relación a la patología materna, se ha incrementado del 25,5% a 59,7% llegando en el último quinquenio a 43% (Tabla 1).

La mortalidad en el periodo perinatal tuvo una disminución sustancial en estos últimos 35 años, así en el quinquenio del 80-84, la mortalidad fetal tardía fue de 16,6 por mil nacimientos, la mortalidad neonatal precoz de 9,9 y la mortalidad perinatal fue de 27 por mil nacimientos; y en el último quinquenio de 2010 a 2014, la mortalidad fetal tardía disminuyó a 5,8, la tasa de mortalidad neonatal precoz a 3,9 y la mortalidad perinatal se redujo al 9,7 por mil nacimientos (Tabla 3, Figura 7).

En relación a los indicadores neonatales. Entre el grupo de RN de

alto riesgo, los pretérminos aumentaron de un 2% a 5,2% en los últimos 35 años, es decir se incrementó en un 160% (Tabla 3, Figura 5). La prematuridad es el factor predictivo más fuertemente asociado a mortalidad y en nuestro hospital a pesar de haber aumentado a más del doble, no está asociado a mortalidad, probablemente al uso de corticoides a todas las madres con amenaza de parto prematuro y al uso adecuado del surfactante pulmonar a todos los recién nacidos prematuros y al adecuado uso de la ventilación asistida. Esto refuerza la idea de que en países en vías de desarrollo como el nuestro, la prevención del parto prematuro y sus complicaciones de morbilidad neonatal, son prioridades para el diseño de futuras investigaciones e intervenciones clínicas.

El peso al nacimiento es una de las principales condiciones asociadas a la mortalidad neonatal; sin embargo estos se han mantenido en el tiempo, si bien hay un ligero incremento en el muy bajo peso, el bajo peso y alto peso al nacer en estos 7 quinquenios, este no es significativo.

Los grupos de riesgo del recién nacido, en relación a peso: bajo peso (menores de 2500 g.) se incrementó de un 3,9% a un 4,7% y los de muy bajo peso (<1500 g.) de un 0,8% aumentado a 1,3% en el último quinquenio. El recién nacido de alto peso en los últimos quinquenios se han mantenido más o menos sin modificaciones en cuanto a su porcentaje de un 12,7% a un 15% (Tabla 3, Figura 5).

En relación a la depresión al nacer (Apgar al minuto < de 7), en estos últimos 35 años se ha reducido ostensiblemente de 7,6% al 4%, esta disminución es aún más satisfactoria al evaluar el Apgar a los 5 minutos, donde se encuentra depresión de un 2,1% a 0,8%,

es decir que ha disminuido en 62%, en estos últimos 35 años (Tabla 3, Figura 6). El Apgar considerado un parámetro clínico de pronóstico neonatal, ha mejorado ostensiblemente en los últimos quinquenios, gracias a la capacitación permanente del personal de salud de neonatología. La evaluación del Apgar constituye un predictor relevante de sobrevida, el Apgar es una práctica clínica indiscutible en la atención inmediata del recién nacido.

El índice de recuperación, es decir el número de recién nacidos, que después de correctas maniobras de reanimación, salen de estado de depresión que tuvieron al minuto de vida, a los 5 minutos se recuperan entre 72,4% (como ocurrió en el quinquenio del 80-84), manteniéndose alta esta recuperación en el último quinquenio 2010-2014 a un 80% (Tabla 3).

CONCLUSIONES

1. Si bien algunos indicadores de riesgo han aumentado tales como añosas, primiparidad, cesáreas y patología materna; los indicadores de mortalidad perinatal han mejorado, debido principalmente al incremento del control prenatal, sobre todo del adecuado, mejoramiento de la educación materna.

2. Los indicadores neonatales reflejan mejoramiento progresivo de la salud del recién nacido, debido a múltiples factores como a mejores condiciones de vida de la población de Tacna e implementación de estrategias de atención de salud materno perinatal (mayor acceso a servicios de salud, control prenatal, partos institucionales, referencia de embarazos de alto riesgo, capacitación profesional en atención inmediata y reanimación neonatal).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gamarra R. Uso de indicadores en la calidad y la atención en los servicios materno perinatales. Sistema de Vigilancia Perinatal. Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti de EsSalud.
- Mendieta E, Bataglia V, Mir R, Céspedes E, Martínez C, Caballero C. Morbimortalidad Neonatal en tres centros hospitalarios de referencia. Análisis de los indicadores neonatales del Sistema Informático Perinatal. *Pediatr Py* 2004; 31(2):83-87.
- Falen J. Estado Nutricional de la Gestante Adolescente y del recién Nacido. *Revista de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología* 1997; 43(1): 9-17.
- Danisse L. Mortalidad Perinatal. Chuquibambilla, Provincia Grau, Apurímac. 1997-2000. *Boletín Informativo. Sociedad Peruana de Pediatría* 2000; 12(1):5.
- Tavara L. Estado Actual de la Mortalidad Materna en los Hospitales del Perú. *Revista de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología* 1999; 45(1): 38-42.
- Pacheco J. Mortalidad Materna 1958-1996. Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti. *Revista de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología*. 1997; 43(3): 209-216.
- Ticona, M. y Cols.: Indicadores Neonatales Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 1980-1999. *Boletín Informativo. Sociedad Peruana de Pediatría* 2000; 12(1): 68.
- Castillo O. Morbimortalidad del Recién Nacido de Bajo Peso. Hospital III EsSalud Chimbote. *Boletín Informativo. Sociedad Peruana de Pediatría* 2000; 12(1):81.
- La Madrid K. Mortalidad Neonatal. Hospital Cayetano Heredia de Piura. 1999. *Boletín Informativo. Sociedad Peruana de Pediatría* 2000; 12(1): 88.
- Rivera R. Morbimortalidad de los recién nacidos por cesárea y parto eutócico. Hospital Felix Torrevalva de EsSalud de Ica. 1999. *Boletín Informativo. Sociedad Peruana de Pediatría* 2000; 12(1): 98.
- Sánchez L. Morbimortalidad y factores de riesgo asociados a RN de Bajo Peso. Hospital Regional de Cajamarca. *Boletín Informativo. Sociedad Peruana de Pediatría* 2000; 12(1):100.
- Ticona M. Incidencia y factores de riesgo del RN de muy bajo peso en Tacna. 1992-1999. Hospital Hipólito Unanue de Tacna. *Boletín Informativo. Sociedad Peruana de Pediatría* 2000; 12(1):105.

ARTICULO ORIGINAL

Revista Médica Basadrina 3(1) 2009

INFLUENCIA DE LA ESCOLARIDAD MATERNA EN EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

(INFLUENCE OF MATERNAL SCHOOLING IN NEWLY BORN WEIGHT HOSPITALS OF THE HEALTH MINISTRY OF PERU)

Manuel Ticona Rendón¹, Diana Huanco Apaza²

¹Pediatra y Neonatólogo. Doctor en Medicina. Profesor principal de la Universidad Jorge Basadre de Tacna.

²Obstetiz. Magister en Salud Pública. Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

RESUMEN

Introducción: La relación de la escolaridad materna y peso al nacer es reconocida en los establecimientos de salud. No se han reportado hasta la actualidad estudios en nuestro medio. **Objetivo:** Determinar si la escolaridad materna influye en el peso del recién nacido en Hospitales del Ministerio de Salud del Perú. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, transversal y analítico, en 50.586 recién nacidos vivos sin factores de retardo de crecimiento intrauterino de madres sanas, nacidos en 29 hospitales del Ministerio de Salud del Perú en el año 2005, se estudiaron 48.374 RN de 37 a 42 semanas de gestación por FUM. Se analizó la relación de peso al nacer con escolaridad materna. Como fuente de dato se utilizó el Sistema Informático Perinatal (S IP2000), se calculó el peso promedio, desviación estándar, percentil 50 y proporción de categorías de peso del recién nacido (bajo, insuficiente, adecuado y alto). Se aplicó el chi cuadrado y t de Student, para determinar asociación y comparación de medias respectivamente, considerando significativo cuando el $p < 0,05$. **Resultados:** El 17% de madres tuvieron educación superior y 1,17% analfabetas; el peso de recién nacidos se incrementa conforme aumenta la escolaridad, las analfabetas tienen 16g. menos que la población general. Las analfabetas presentaron mayor bajo peso al nacer y peso insuficiente; y las de educación superior, alto peso. Existe asociación entre escolaridad con categorías de peso del recién nacido ($p < 0,05$). **Conclusión:** la escolaridad materna influye significativamente en el peso del RN a término de hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Se recomienda tener en cuenta este factor para determinar los grupos de riesgo materno y neonatal.

Palabras Clave: Escolaridad materna, peso de recién nacido.

ABSTRACT

Introduction: The relationship between maternal schooling and birth weight is recognized in health facilities. Studies in our environment have not been reported to date. **Objective:** To determine if maternal education influences the weight of the newborn in Hospitals of the Ministry of Health of Peru. **Material and Methods:** Prospective, cross-sectional and analytical study, in 50,586 live newborns without intrauterine growth retardation factors of healthy mothers, born in 29 hospitals of the Ministry of Health of Peru in 2005, 48,374 RN from 37 to 42 weeks of gestation by FUM. The relationship between birth weight and maternal education was analyzed. The Perinatal Computer System (S IP2000) was used as a source of data, the average weight, standard deviation, 50th percentile and proportion of newborn weight categories (low, insufficient, adequate and high) were calculated. Student's chi square and t were applied to determine association and comparison of means respectively, considering significant when $p < 0.05$. **Results:** 17% of mothers had higher education and 1.17% illiterate; the weight of newborns increases as schooling increases, illiterates have 16g. less than the general population. The illiterate had a lower birth weight and insufficient weight; and those of higher education, high weight. There is an association between schooling with newborn weight categories ($p < 0.05$). **Conclusion:** maternal schooling significantly influences the weight of the RN at the end of hospitals of the Ministry of Health of Peru. It is recommended to take this factor into account to determine maternal and neonatal risk groups.

Key words: Maternal schooling, newborn weight.

INTRODUCCIÓN

La sociedad del mañana depende de la calidad de las madres y de los niños de hoy. Siendo el embarazo un problema médico-social de grandes proporciones, corresponde a los médicos, obstetras y pediatras interesarse, comprometerse y participar activamente en sus soluciones (1).

El crecimiento intrauterino implica un proceso de síntesis de moléculas simples a bio moléculas complejas, que se produce simultáneamente con la diferenciación celular y que lleva a la formación de órganos y tejidos con funciones complejas e interrelacionadas.

Aunque los procesos íntimos son desconocidos, puede ser modificado por numerosos factores. El 60% de la variación del peso al nacer puede ser atribuida al entorno en que el feto crece (2).

Se considera que el crecimiento intrauterino valorado por peso, talla y perímetro craneal, constituyen en conjunto medidas antropométricas y al mismo tiempo son buenos indicadores de salud y de madurez fetal.

El crecimiento intrauterino puede estar influenciado por:

estado nutricional, antecedentes obstétricos, peso, talla materna, hábitos (tabaco, alcohol, drogas), peso de la placenta, sexo fetal, intervalo intergenésico, orden de nacimiento y edad materna.

Además, se relaciona con la situación socioeconómica y educacional de la madre, aún con la del abuelo materno, dado que esta última está condicionando la nutrición de la madre. Niswander en EUA encuentra que los pesos de los neonatos se incrementan al aumentar los años de escolaridad materna (2).

En este estudio se analizará la escolaridad materna y su relación con el peso del recién nacido. Nuestro propósito fue determinar la influencia de la escolaridad materna en el comportamiento del crecimiento fetal en las edades gestacionales de 37 a 42 semanas, con el afán de jerarquizar este factor en el bienestar fetal y neonatal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, transversal y analítico. En el año 2005, en 29 hospitales del Ministerio de Salud del Perú, se estudiaron 50.586 recién nacidos vivos sin factores de retardo de crecimiento intrauterino de madres sanas, De ellos 48.374 fueron de 37 a 42 semanas de gestación.

La escolaridad fue consignada hasta el último año concluido, esta información se obtuvo por interrogatorio directo a la madre y se registraron en la historia clínica peri natal.

La escolaridad se consignó en 4 categorías: analfabeta, primaria, secundaria y superior. El peso del RN se clasificó de acuerdo con las siguientes categorías:

- Bajo peso (menos de 2500 g.)
- Peso insuficiente (2500 a menos de 3000 g.)
- Peso adecuado (3000 a 3999 g.)
- Peso alto (4000 g. a más)

Se estudió el comportamiento del crecimiento fetal valorando el peso del recién nacido.

Se presenta los promedios de peso por cada grupo de escolaridad, comparándolos con la población general; también se comparó los pesos de los recién nacidos correspondientes al percentil 50, según edad de gestación y grupos de escolaridad, comparando con los datos obtenidos de la población general. Finalmente se comparó la escolaridad con las categorías de peso del recién nacido.

Para estimar el grado de asociación entre las variables se aplicó la prueba Chi cuadrado y para comparar las medias la prueba "t" de Student, en ambos casos con una confiabilidad del 95%, considerando significativo cuando el $p < 0,05$.

El procesamiento de datos y el análisis estadístico se realizaron con el Sistema Informático Perinatal (SIP2000) y el programa Epi-Info Versión 6,02.

RESULTADOS

Se estudiaron 48.314 recién nacidos, de los cuales el 67,1 % de sus madres presentaron algún grado de educación secundaria y 1,2% fueron analfabetas (Gráfico 1).

El peso de recién nacidos se va incrementado conforme aumenta la escolaridad, así los recién nacidos de madres analfabetas presentaron un promedio de peso de 3.190 g. y las madres con educación superior 3.320 g, siendo la diferencia entre ambos grupos de 130 g. (Gráfico 2).

La diferencia del peso al nacer respecto al promedio de la población general, es mayor en las madres analfabetas con 116 g. menos, esta diferencia va decreciendo conforme aumenta la escolaridad, siendo superior el peso al nacer en educación superior; la diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre madres analfabetas y con educación primaria comparadas con la población general (Gráfico 3).

El percentil 50 de los pesos de recién nacido en edades gestacionales de 37 a 42 semanas en madres analfabetas y de educación primaria están por debajo de la población general, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$); en cambio, los pesos de madres con educación secundaria o superior son semejantes a los pesos de la población general (Gráfico 4).

Las madres analfabetas presentaron mayor porcentaje de recién nacidos con bajo peso o insuficiente. Se observa un incremento de la frecuencia de alto peso al nacer conforme aumenta la escolaridad, existiendo asociación significativa entre la escolaridad y las categorías de peso del recién nacido ($p < 0,01$) (Gráficos 5-7).

Gráfico 1



Gráfico 2



Gráfico 3

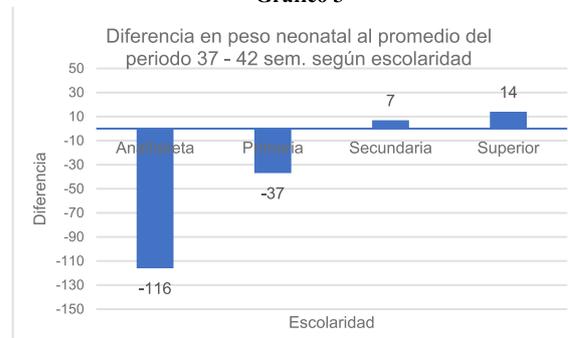


Gráfico 4



Gráfico 5

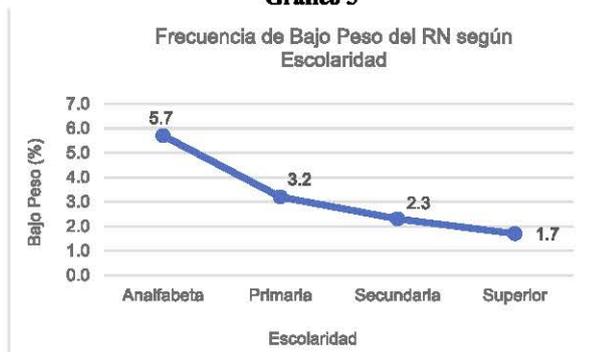


Gráfico 6

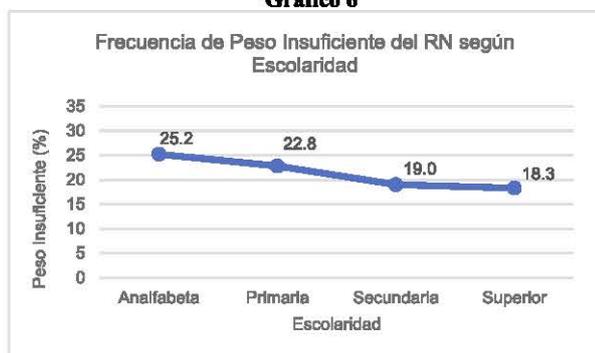
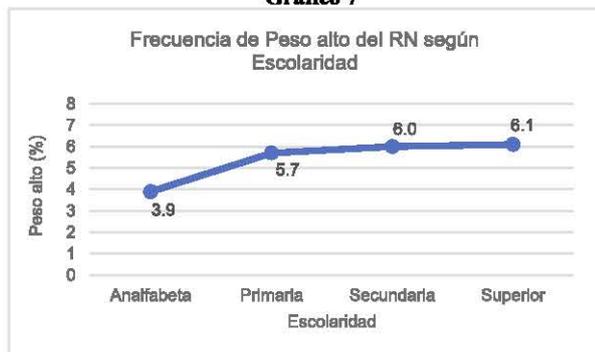


Gráfico 7



DISCUSIÓN

Durante la gestación ciertas características del ambiente materno ejercen influencia notable sobre el crecimiento intrauterino y su desenlace final el parto, desviándola del curso natural normal genéticamente predeterminado y que pueden implicar un riesgo para la salud del binomio madre-niño.

El peso del recién nacido es un predictor importante de su desarrollo futuro; en particular el bajo peso al nacer (BPN), está asociado con la morbilidad y mortalidad infantil y se ha reportado que es un factor de riesgo importante para la desnutrición proteico-energética en niños menores de 1 año.

Se ha mencionado la influencia de variables independientes, biológicas y sociales, entre otras, para tratar de explicar el bajo

peso al nacer; dentro de los factores socio económicos se mencionan la ocupación, escolaridad, estado civil y nivel económico de la familia.

El nivel socio-económico de los padres, que se interrelaciona con el nivel educativo y que limita el poder adquisitivo de la unidad familiar, genera altos índices de malnutrición en las gestantes, lo cual afecta de manera negativa el pronóstico del recién nacido.

La mayor escolaridad influye en el conocimiento de la mujer sobre la necesidad de proporcionarse cuidados prenatales y alimentación adecuada, lo cual explica los resultados de que, a mayor escolaridad, mejor ingreso económico y menor porcentaje de BPN (3).

En nuestro estudio, encontramos que sólo 1,2% de madres fueron analfabetas y un alto porcentaje 17% con educación superior, el peso promedio de los RN fue 3.306 g., se aprecia un incremento progresivo del peso de los RN a medida que aumenta la escolaridad, los RN de madres analfabetas tienen 116 g. menos de peso que el promedio general de la población.

El percentil 50 de peso de las semanas 37 a 42, de las madres analfabetas y con educación primaria fue menor que la población general. Se asoció BPN y peso insuficiente con baja escolaridad, y alto peso con educación secundaria y superior.

Semejante resultados encontró Gonzáles (4) en Huaraz Perú, 3,5% de analfabetas y un porcentaje alto de mujeres con estudios superiores (41%). Banegas (3) en Honduras, encontró que el 1,3% provenían de madres analfabetas y 10,4% con educación universitaria, y el bajo peso va disminuyendo a medida que aumenta la escolaridad, estos datos son estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

El bajo peso al nacer es más frecuente en madres con menos escolaridad. Karim (5) en Dhaka -Bangladesh, encontró que el 21 % de RN eran de bajo peso y estaban relacionadas a grupos de bajo ingreso y aquellos con poco o nada de educación. Lezama (6) en México encontró relación de BPN con bajos niveles de escolaridad. González (7) en México encontró que la escolaridad se relacionó positiva y significativamente con el peso del RN. López (8) en Cuba encontró a menor nivel escolaridad de la madre mayor probabilidad de tener un RNBP. Peraza (9) en Cuba encontró que la baja escolaridad de los padres está relacionada con BPN. Shimabuku (10) en el Perú encontró mayor riesgo para BPN a la baja escolaridad, así madres sin educación tuvieron OR 2,3 y solo con educación primaria OR 1,5.

Resultados diferentes encuentra De Sousa (11) en Piauí - Brasil, pues las mujeres contaban con ocho años de estudio a más, semejante a la tasa nacional, esta condición les brindó un factor protector para la ocurrencia de bajo peso al nacer, no encontró asociación entre las diferentes categorías de peso al nacer y grado de escolaridad. Castaño (12) en Colombia no encontró asociación entre nivel de escolaridad y peso del RN en la Clínica la Enea de la ciudad de Manizales. Bortman (13) en Argentina tampoco encontró asociación entre escolaridad y bajo peso al nacer.

Se concluye que la escolaridad tiene influencia estadísticamente significativa en el peso del RN a término de hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Se recomienda tener en cuenta este factor para determinar los grupos de riesgo materno y neonatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Váscones F, Sempértegui F, Naranjo C, Estrella L, Espín V, Arias A, et al. Crecimiento intrauterino en Quito. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas CONACYT. Quito-Ecuador, 1984.
2. Belitsky R, Benedetti W, De Mucio B, Díaz A, Díaz J, Estol P, et al. Tecnologías Perinatales. Publicación Científica CLAP No. 1255. Montevideo, Uruguay. Marzo 1992
3. Banegas O, Pineda E. Influencia de los factores biológicos y socio económicos en el peso de RN a término, sin malformaciones congénitas aparentes en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. Rev Med Post UNAH. 2002; 7(3):285-8.
4. Gonzales G, Tapia V, Serna J, Pajuela A, Muñoz M, Carrillo C, Peñaranda A. Características de la gestación, del parto y recién nacido en la ciudad de Huaraz, 2002-2005. Acta Med Per. 2006; 23(3):137-42.
5. Karim E, Mascie C. The association between birth weight sociodemographic variables and maternal anthropometry in an urban sample from Dhaka, Bangladesh. Am Hum Biol. 1997; 24(5):387-401.
6. Lezama M, Díaz J, Rodríguez R. Prevalencia de bajo peso al nacimiento en un hospital general de segundo nivel. Salud en Tabasco. 2001; 7 (2): 401-403.
7. González T, Sanin L, Hernández M, Rivera J, Hu H. Longitud y peso al nacer: el papel de la nutrición materna. Salud Pública Mex. 1998; 40: 119-126.
8. López J, Lugones M, Valdespino L, Virella J. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer Rev cubana Obstet Ginecol. 2004; 30 (1).
9. Peraza G, Pérez S, Figueroa Z. Factores asociados al bajo peso al nacer. RevCubana Med Gen Integr. 2001; 17 (5).
10. Shimabuku R, Oliveros M. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en el Perú. Rev Esp Pediatr. 1999; 55 (5): 428-433.
11. 429- De Sousa G, Alves de Carvalho H. Influencia de fatores obstétricos, socioeconomicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em urna maternidade em Teresina, Piauí. Rev Brás Saúde Mater Infant. 2004; 4(3).
12. 430- Castaño J, Giralda J, Murillo C, Jordán Y, Orozco J, Robledo P, et al. Relación entre peso al nacer y algunas variables biológicas y socioeconómicas de la madre en partos atendidos en un primer nivel de complejidad en la ciudad de Manizales, Colombia, 1999 al 2005. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2008; 59 (1): 20-25.
13. Bortman M. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. Rev Panam Salud Pública. 1998; 3(5).

CORRESPONDENCIA:

DR. MANUEL TICONARENDÓN

manuelticonar@yahoo.es

FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES SIN CONTROL PRE - NATAL



OBST. ALICIA CAÑARI.
Docente de la FAOB

Coordinadora del Prog. Materno Perinatal - Sub Región de Salud de Tacna.
OBST. DIANA HUANCA ANCASI
OBST. PATRICIA URETA CAÑARI

INTRODUCCIÓN

Las gestantes corresponden anualmente al 4-5 % de la población total y constituye un grupo fácilmente reconocible y de gran vulnerabilidad. Aportarles el beneficio de una asistencia o control pre-natal, es una obligación de los sistemas de salud.

El control pre-natal, adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado acorde al riesgo; tiene un enorme potencial de contribución a la salud materno infantil y un claro ejemplo de medicina preventiva. Aplicado en forma rutinaria y extensiva, conjuntamente con otras medidas de Salud Pública como la atención institucional de parto, contribuyendo a evitar muertes y lesiones maternas y perinatales.

Si bien es cierto que la mayor parte de los embarazos y partos son de bajo riesgo, cuya calificación de tal, es el producto de una cuidadosa evaluación durante la gestación; lo cual hará posible la detección de enfermedades maternas sub-clínicas; la prevención diagnóstica temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, la disminución de las molestias y síntomas menores asociadas al embarazo, preparación psicofísica para el nacimiento y la administración de contenidos educativos para la salud, la familia y para la crianza; factores que contribuyen a elevar las tasas de morbilidad materno-perinatal.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se llevó a cabo en el servicio de Obstetricia del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital "Hipólito Unanue" de Tacna; el universo fue el 75 % del total de partos ocurridos en el año 1990, la muestra estudiada fue las gestantes sin control prenatal que

acudieron para la atención de su parto.

Los datos se obtuvieron con el sistema computarizado del sistema informático perinatal. Se analizó la variable sin control prenatal en relación a otras variables independientes que signifiquen riesgo relativo además se revisó los libros de Sala de Partos, Maternidad y del Servicio de Neonatología.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

La incidencia de las gestantes que no recibieron control prenatal es del 15.3% del total de partos que ocurren en el Hospital "Hipólito Unanue" de Tacna. Comparando con otros estudios nacionales podemos observar que según J. Parra la incidencia de gestantes sin control pre-natal en el Hospital "María Auxiliadora" de Lima es de 40.54 % en el año 1989.

Esta incidencia varía notablemente de acuerdo a la realidad de cada región por sus características demográficas y geográficas.

La incidencia de las gestantes menores de 20 años es de 16.46% y de las mayores de 35 años es de 0.63 respectivamente.

Estas gestantes tienen 1.44 - 1.55 veces más de probabilidad de no controlarse su embarazo, en comparación con gestantes que no cursan con esta edad. Siendo las edades extremas un factor de riesgo asociado al no control prenatal.

Según lo observado podemos deducir que las adolescentes embarazadas (menores de 20 años) no reciben control prenatal por desconocimiento o falta de información y principalmente por inmadurez y por ser embarazos no

planeados lo que hace que oculten su gravidez durante meses y en el caso de gestantes mayores de 35 años no acuden a su control prenatal porque al sentirse sanas, no estiman la necesidad de someterse a control y consideran al embarazo sin molestias como normal, ignorando las ventajas de la prevención.

La incidencia de analfabetismo de las gestantes que acuden al Hospital "Hipólito Unanue" es de 3.72 %, presentando 1.96 veces más probabilidades de no controlar su embarazo, en comparación con embarazadas alfabetas; siendo éste un factor de riesgo asociado al no control prenatal.

Por esta condición, estas gestantes no tienen información sobre la importancia del control prenatal.

La incidencia de gestantes solteras es de 9.21 % teniendo 2.21 veces más probabilidades de no controlar su embarazo, en comparación con las de otro estado civil. Considerándose, este factor como riesgo al no control prenatal. Esta asociación se puede deber a la falta de apoyo emocional que producen inestabilidad y carencia de efectividad frente a su gravidez.

La incidencia de gestantes con antecedentes de más de 5 hijos es de 3.06 %, presentando este grupo 2.23 veces más probabilidades de no controlar su embarazo en relación a las que tienen menos de 5 hijos. Considerando como factor de riesgo asociado a la ausencia del control prenatal. Esto pueden ocurrir, porque la mayoría de estas gestantes han tenido sus gestaciones y partos anteriores normales y sub- estiman este nuevo embarazo, sin darle la importancia debida.

La probabilidad que tiene una gestante sin control prenatal de tener un producto con peso al nacer menor de 2,500 g. es de 1.84 veces más en comparación con las gestantes que sí recibieron control prenatal. Por lo tanto la ausencia de control prenatal es un factor de riesgo. El hecho de que una gestante no acude a su control prenatal no tiene opción a la información sobre una adecuada nutrición durante su embarazo.

La probabilidad que tiene una gestante sin control prenatal de tener un Recién Nacido pretérmino es de 3.52 veces más en comparación con las gestantes con control prenatal.

La ausencia de CPN impide la detección y tratamiento de una patología que se puede presentar lo que desencadenaría una serie de factores que lleven a un parto pretérmino.

Una gestante sin control tiene 1.86 veces más probabilidades de tener un Recién Nacido con una o más patologías que las gestantes con CPN.

La carencia de información de signos de alarma en el CPN y la no concurrencia en forma oportuna para el parto llevarían a presentar patologías en el Recién Nacido.

La probabilidad de que el Recién Nacido de una gestante sin CPN fallezca, es 2.49 veces más que la gestante con CPN.

Las patologías que se pudieran presentar durante el embarazo y la asistencia tardía al parto podría ser una de las causas de muerte neonatal de madres que no tienen CPN.

RESUMEN

Se ha realizado el estudio de 322 gestantes sin control prenatal que acudieron para la atención de parto en el Hospital "Hipólito Unanue" de Tacna durante el año 1990, todas ellas de sala común.

Se ha utilizado el método científico que se basan en la Historia Clínica Perinatal Base, mediante la cual obtuvimos los datos y clasificamos las variables a través del sistema computarizado del sistema informático perinatal para la recolección de datos en forma retrospectiva.

Los datos obtenidos se exponen en forma de cuadros de los que se realiza los comentarios respectivos.

CONCLUSIONES

Del total de gestantes que acudieron en el año 1990, el 15.36 % no tuvieron ningún CPN. Esta incidencia es sólo referida a partos que ocurrieron en el Hospital "Hipólito Unanue" de Tacna y según el I. N. E. se estima que sólo un 50 % son partos institucionales quedando un 50 % que son partos domiciliados del cual no se tiene estadísticas.

De las 37 variables analizadas se encontraron estadísticamente significativas las siguientes:

1. Las edades extremas (menores de 20 años y mayores de 35 años), madres analfabetas y estado civil solteras y el antecedente de 5 hijos nacidos vivos; son factores de riesgo que se encuentran asociados a la ausencia de CPN.
2. Una gestante sin CPN tiene más probabilidades de tener un Recién Nacido con peso menor de 2,500 gs., un RN pretérmino, un RN con una o más patologías o un RN que fallece.

**CUADRO N° 1
INCIDENCIA DE NO CONTROL PRENATAL**

TIPO	Nro.	%
Con Control	1750.57	85.02
Sin Control	308.43	14.98
TOTAL	2059.00	100.00

**CUADRO N° 2
SIN CONTROL PRENATAL**

**CUADRO N° 2A
SIN CONTROL PRE-NATAL**

EDAD (10 – 19 años)	SI	NO		
		SI	NO	
		71	274	345
	NO	251	1500	1751
		322	1774	2096

Frecuencia de No. CPN en gest. adolescentes.....	20.58%
Frecuencia de No. CPN en gest. no Adolescentes.....	14.33%
Riesgo Relativo.....	1.44&
Intervalo de Confianza.....	2.08%

**CUADRO N° 2B
SIN CONTROL PRE-NATAL**

EDAD (36 – 49 años)	SI	NO		
		SI	NO	
		32	107	139
	NO	290	1667	1957
		322	1774	2096

Frecuencia de No. CPN en gest. de más de 36.....	23.02%
Frecuencia de No. CPN en gest. de menos de 36 años...	14.82%
Riesgo Relativo.....	1.55&
Intervalo de Confianza.....	1.14 – 2.60%

**CUADRO N° 3
SIN CONTROL PRE-NATAL**

ANALFABETAS	SI	NO		
		SI	NO	
		22	55	77
	NO	290	1702	1992
		322	1757	2069

Frecuencia de No. CPN en gest. analfabetas.....	28.57%
Frecuencia de No. CPN en gest. alfabetas.....	14.56%
Riesgo Relativo.....	1.90&
Intervalo de Confianza.....	1.41 – 3.91%

**CUADRO N° 4
SIN CONTROL PRE-NATAL**

ESTADO CIVIL: Soltera	SI	NO		
		SI	NO	
		36	132	188
	NO	250	1603	1853
		306	1735	2041

Frecuencia de No. CPN en gest. solteras.....	29.79%
Frecuencia de No. CPN en gest. no solteras.....	13.49%
Riesgo Relativo.....	2.21&
Intervalo de Confianza.....	1.94 – 3.82%

**CUADRO N° 5
SIN CONTROL PRE-NATAL**

NACIDOS VIVOS (≥ 6)	SI	NO		
		SI	NO	
		21	43	64
	NO	299	1729	2028
		320	1772	2092

Frecuencia de No. CPN en gest. con nacidos vivos ≥6	32.81%
Frecuencia de No. CPN en gest. con nacidos vivos < 6	17.74%
Riesgo Relativo.....	2.23&
Intervalo de Confianza.....	1.65 – 4.83%

**CUADRO N° 6
RECIEN NACIDO DE BAJO PESO (<2500 gr)**

		SI	NO	
SIN CONTROL	SI	30	291	321
PRE NATAL	NO	90	1692	1772
		322	1973	2093

Frecuencia de RNBP en gestantes sin CPN.....	9.35%
Frecuencia de RNBP en gestantes con CPN.....	5.08%
Riesgo Relativo.....	1.84%
Intervalo de Confianza.....	1.25 – 2.97%

**CUADRO N° 7
RECIEN NACIDO PRE-TERMINO (<37 semanas)**

		SI	NO	
SIN CONTROL	SI	19	295	314
PRE NATAL	NO	30	1717	1747
		49	2012	2061

Frecuencia de RN Pretérmino en gest. sin CPN.....	6.05%
Frecuencia de RN Pretérmino en gest. con CPN.....	1.72%
Riesgo Relativo.....	3.52%
Intervalo de Confianza.....	2.05 – 6.64%

**CUADRO N° 8
RECIEN NACIDO CON UNA O MAS PATOLOGIAS**

		SI	NO	
SIN CONTROL	SI	23	288	311
PRE NATAL	NO	69	1667	1736
		92	1955	2047

Frecuencia de RN con una o más patologías en gest. sin CPN	7.40%
Frecuencia de RN con una o más patologías en gest. con CPN	3.97%
Riesgo Relativo.....	1.86%
Intervalo de Confianza.....	1.18 – 3.14%

**CUADRO N° 9
MORTALIDAD NEONATAL**

		SI	NO	
SIN CONTROL	SI	8	302	310
PRE NATAL	NO	18	1718	1736
		26	2020	2046

Frecuencia de Mortalidad Neonatal en gest. sin CPN...	2.58%
Frecuencia de Mortalidad Neonatal en gest. con CPN..	1.04%
Riesgo Relativo.....	2.49%
Intervalo de Confianza.....	1.09 – 5.87%

BIBLIOGRAFIA

1. **BENSON, RALPH C.:** "Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétricos" Editorial El Manual Moderno. México 1989.
2. **CERVANTES R. Y COL.:** "Muerte Materna y Perinatal en los Hospitales del Perú" de Salud. Sociedad Peruana de Gin. y Obst. OPS. Lima 1988.
3. **CIFUENTES R.:** "Obstetricia de Alto Riesgo" Gráficos de Impresión Hospital Universitario del Valle de Cali Colombia Seg. Edición 1988.
4. **CLAP:** "Tecnologías Perinatales". Publ. Cientf. CLAP Nro. 1202. Uruguay Enero 1990.
5. **ESTEBAN J. Y COL.:** "El Feto de Riesgo Elevado" Avances en Obst. Gin. y Endoc. Editorial JIMS Barcelona. 1990.
6. **GONZALES MERLO:** "Obstetricia" Salvat Editores S.A. Barcelona 1988.
7. **MINSA:** "Normas de Atención Integral de Salud de la Mujer en los Servicios Descentralizados" Lima 1986.
8. **MONGRUT S. A.:** "Tratado de Obstetricia" Vol. I Tercera Edición.
9. **SCHWARCZ R. Y COL.:** "Atención Pre-natal y del Bajo Riesgo" Publ. Cient. CLAP Nro. 1205, Uruguay, Enero 1990.
10. **STEWART TAYLOR:** "Obstetricia de BECK" Décima Edición 1979.

PREVALENCIA DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO DE LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA Y SUS REPERCUSIONES MATERNAS Y PERINATALES

María Lorena Luyo Soto¹
Manuel Ticona Rendón²
Diana Huanco Apaza³

1. Médico Cirujano. Egresada de la Universidad Privada de Tacna
2. Pediatra y Neonatólogo. Profesor Principal de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNJBG
3. Obstetrix del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

RESUMEN

Introducción. La violencia basada en género (VBG) es un problema social y de salud pública reconocido por la OMS. Nuestro objetivo fue determinar la prevalencia de la violencia basada en género y sus repercusiones maternas y perinatales.

Mate rial y Métodos. Estudio observacional, transversal, analítico. Se evaluó 499 puérperas hospitalizadas durante el período 15 de octubre al 15 de diciembre del año 2009 cuyo parto fue atendido en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. Para la detección de violencia durante el embarazo se realizó entrevista anónima y confidencial, utilizando ficha diseñada por la FLASOG; para identificar repercusiones maternas y perinatales, se revisó la historia clínica perinatal, de los dos grupos: Grupo Estudio (con violencia) y grupo control (sin violencia). Se utilizó Chi2 para determinar asociación.

Re sultados. Durante el embarazo, 65,1% sufrió violencia: 22% física, 53.7% psicológica y 22.6% sexual. El mayor porcentaje se encontró en el primer trimestre de embarazo, siendo el principal agresor su conviviente. Las características socio demográficas asociadas a violencia fueron: inestabilidad conyugal, dependencia económica, baja instrucción. Las repercusiones maternas asociadas fueron: ausencia o inadecuado control prenatal, alteraciones del trabajo de parto, cesárea y morbilidad materna. Las repercusiones perinatales asociadas a violencia fueron: depresión al nacer y mayor morbilidad neonatal.

Conclusiones: Durante el embarazo existe alta prevalencia de violencia, predominando la psicológica, se encontró asociación con repercusiones maternas y perinatales desfavorables.

Palabras clave : Violencia en embarazo. Morbi mortalidad materna y perinatal.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es definida "como cualquier acto de violencia basada en género que produce o puede producir daños o sufrimientos físicos, sexuales o mentales, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como privada" (1).

La violencia basada en género (VBG) es reconocida como un problema social y de salud pública, concierne a los Derechos Humanos y por lo tanto, los Gobiernos y toda la sociedad tiene la obligación de intervenir. Es una manifestación de desigualdad de género, implícita a niñas, adolescentes y mujeres adultas (2).

El embarazo es una etapa donde se desarrolla una nueva vida y debiera ser un período donde se respete el bienestar materno-fetal, pero esto no se cumple sino por el contrario la violencia puede aparecer, aumentar o prolongarse hasta más allá del período post-parto. Constituye una fuerte carga en los países en vías de desarrollo para las mujeres quienes son frecuencia están desnutridas, sobrecargadas del trabajo y muchas veces sin acceso a los servicios de salud (2).

La VBG es una expresión de la violencia familiar reconocida como un grave problema social el cual tiene un impacto en la calidad de vida de las personas y las capacidades productivas de la sociedad. (3)

A partir de esta visión, el tema de la violencia se ha incluido en las agendas de la discusión internacional como la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1995) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1994) señalando a la violencia familiar como un problema de salud pública que limita el desarrollo social y económico de las sociedades (3).

La violencia familiar es reconocida formalmente como un serio problema en el Perú a partir de 1993, fecha en que se promulga la Ley de Protección frente a la violencia familiar y la Ley 26260, así como su modificatoria en mayo del 2003 con la ley 26763 (4).

La prevalencia de la violencia en mujeres embarazadas en países subdesarrollados va del 3,8 a 31,7 %, mientras que en países desarrollados va del 3,4 al 11%. En nuestro medio la violencia familiar afecta 7 de cada 10 mujeres (5).

La falta de información, el desconocimiento de sus derechos como ser humano y el alto grado de temor bajo amenaza que sufren las mujeres, aunado a la falta de conocimiento en la identificación y manejo de este problema por los prestadores de servicio en general, y por el personal médico y paramédico en particular, así como la no denuncia, y el no registro de los casos impide evaluar la prevalencia, incidencia, magnitud e impacto de la violencia intrafamiliar en nuestro país, y por consiguiente ha dificultado que sea reconocida como un aspecto fundamental a evaluar como factor de riesgo obstétrico en la atención integral durante el embarazo, el cual puede elevar las probabilidades de enfermar o morir para la madre y su producto.

Con el presente trabajo deseamos efectuar un conocimiento aproximado de la prevalencia de la violencia basada en género y sus repercusiones maternas y perinatales en el hospital Hipólito Unanue de Tacna y contribuir de esta manera a su conocimiento local.

MATERIAL Y METODOS

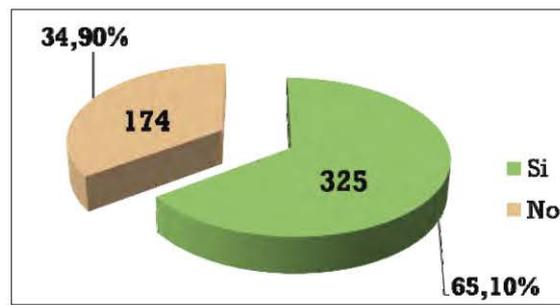
Estudio observacional, transversal y analítico. Se encuestó a 499 puérperas hospitalizadas durante el 15 octubre al 15 de diciembre del 2009 cuyo parto fue atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, previo consentimiento informado.

Para identificar violencia basada en género durante el embarazo, se realizó entrevistas anónimas y confidenciales, esta información fue registrada en la ficha diseñada por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia- FLASOG. Terminada la encuesta, se separó los casos en mujeres víctimas de violencia durante el presente embarazo (Grupo Estudio) y mujeres sin violencia (Grupo Control) y para conocer las repercusiones maternas y perinatales, se revisó la historia clínica perinatal en ambos grupos.

Para la comparación de proporciones se aplicó chi², considerando asociación estadísticamente significativa cuando la “p” fue menor a 0,05. Los datos se procesaron y analizaron en el programa Epiinfo V.6.

RESULTADOS

Gráfico 1.
Prevalencia de violencia basada en género en embarazadas atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna.



Fuente: Encuesta de la FLASOG

De las 499 mujeres encuestadas 325 (65,1%) sufrieron algún tipo de violencia durante el embarazo actual, frente a 174 (34,9%) que no sufren violencia.

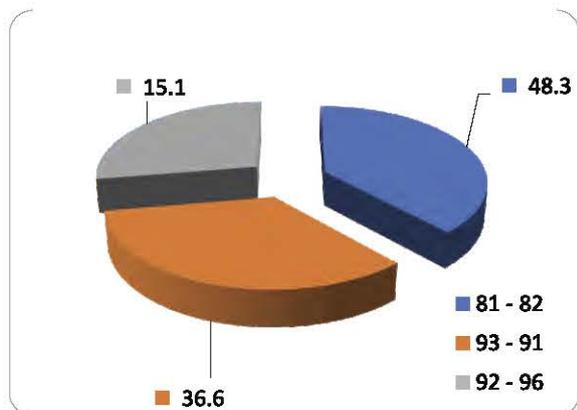
Tabla 1.
Prevalencia de violencia física, psicológica y sexual basada en género en embarazadas atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna

VIOLENCIA	Física		Psicológica		Sexual	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sí	110	22.04	268	53.71	113	22.65
No	389	77.96	231	46.29	386	77.35
Total	499	100.00	499	100.00	499	100.00

Fuente: Encuesta de la FLASOG

Del total de mujeres encuestadas, 110 sufrieron violencia física (22%), 268 violencia psicológica (53,7%) y 113 fueron víctimas de violencia sexual (22,6%) en algún momento de su actual embarazo.

Gráfico 2.
Prevalencia de tipos de violencia sufridas en embarazadas atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna



Fuente: Encuesta de la FLASOG

De las 325 mujeres que fueron víctimas de violencia, 48,3% de ellas sufrieron de un tipo de violencia, el 36,6% sufre de dos tipos de violencia y un 15,1% sufre de tres tipos de violencia: física, psicológica y sexual.

Tabla 2.
Período de gestación en el que ocurre la violencia

VIOLENCIA		Física	Psicológica	Sexual
		%	%	%
I trimestre	Sí	81.82	91.79	76.11
II Trimestre	Sí	32.73	33.96	34.51
III Trimestre	Sí	3.64	12.69	3.54

Fuente: Encuesta de la FLASOG

Sufrieron violencia en el primer trimestre 81,8%; 91,79% y 76,11% de las mujeres que fueron víctimas de violencia física, psicológica o sexual respectivamente; esta proporción se reduce en el último trimestre a 3,64% 12,69% y 3,54% respectivamente.

Tabla 3.
Agresor de la violencia

AGRESOR	V. Física	V. Psicológica	V. Sexual
	%	%	%
Conviviente	62.73	69.03	89.38
Esposo	0.91	2.99	2.65
Ex pareja	1.82	2.61	6.19
Padres	19.09	12.31	0.88
Familiar cercano	10.00	8.96	0.88
Hijos	0.00	0.75	0.00
Otros	5.45	3.36	0.00
Total	100.00	100.00	100.00

Fuente: Encuesta de la FLASOG

El principal agresor de violencia fue el conviviente de la gestante, con un 62,7%, 69% y 89,4% para violencia física, psicológica y sexual respectivamente; seguido de los padres con un 19,1%, y 12,3% para violencia física y psicológica respectivamente; en el caso de violencia sexual, el segundo agresor en importancia fue la ex pareja con un 6,2%.

Tabla 4.
Características sociodemográficas asociadas a violencia durante el embarazo en el hospital Hipólito Unanue de Tacna

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS		VIOLENCIA		p
		Sí	No	
		%	%	
Edad	< 20 años	28.00	20.69	0,1502
	20 a 35 años	70.77	77.01	
	> a 35 años	1.23	2.30	
Estado Civil	Soltera	17.54	11.49	0,0003
	Casada	5.23	15.52	
	Conviviente	77.23	72.99	
Ocupación	Su casa	62.77	53.45	0,0339
	Estudiante	17.54	16.67	
	Trabaja	19.69	29.89	
Grado de instrucción	Analfabeta	0.31	0.00	0,0108
	Primaria	15.69	10.34	
	Secundaria	73.54	68.97	
	Superior o no Univ.	8.00	13.22	
	Universitaria	2.46	7.47	
Total		100.00	100.00	

La tabla nos muestra que no existe asociación entre la edad y la presencia de violencia, pero si existe asociación significativa con la inestabilidad conyugal, dependencia económica y baja instrucción.

Tabla 5.
Repercusión materna de la violencia durante el embarazo

REPERCUSION MATERNA		VIOLENCIA		P
		Sí	No	
		%	%	
Paridad	Primípara	50.15	55.17	0,0557
	Múltipara	42.46	42.53	
	Gran Múltipara	7.38	2.30	
Control prenatal	Sin Control	7.69	1.15	0,0010
	Control Insuficiente	23.69	17.24	
	Gestante Controlada	68.62	81.61	
Edad gestacional al primer CPN	I Trimestre	75.08	78.16	0,7236
	II Trimestre	17.85	16.09	
	III Trimestre	7.08	5.75	
Terminación del parto	Vaginal	62.77	78.74	0,0003
	Cesárea	37.23	21.26	
Duración del parto	Precipitado	22.55	0.73	0,0000
	Normal	55.88	81.02	
	Prolongado	21.57	18.25	
Hospitalización previa	Sí	14.15	16.09	0,5615
	No	85.85	83.91	
Morbilidad materna	Sí	35.38	23.56	0,0066
	No	64.62	76.44	
Total		100.00	100.00	

Fuente: Historia Clínica Perinatal.

No existe asociación de la violencia durante el embarazo con la paridad, edad gestacional del inicio de cuidados prenatales, ni hospitalización previa al parto. Más de la mitad (68,6%) tuvieron control prenatal adecuado, pero 23,7% tuvieron control inadecuado y 7,7% ningún control, estas dos proporciones fueron mayores al grupo control, lo que representa asociación significativa con la ausencia o control prenatal inadecuado. El 22,5% de las parturientas presentaron alteraciones en la duración del trabajo de parto, precipitado o prolongado, con una asociación altamente significativa; 37,2% de las víctimas de violencia, terminó su parto por cesárea, siendo mayor este porcentaje al grupo control (21,2%), siendo significativa esta asociación. La presencia de alguna patología durante el embarazo y parto fue mayor en el grupo estudio, con una asociación altamente significativa.

Tabla 6.
Repercusión perinatal asociada a Violencia basada en género sufrida durante el embarazo

REPERCUSION PERINATAL		VIOLENCIA		P
		Sí	No	
		%	%	
Edad gestacional	Pre término	8.00	4.02	0,0883
	A Término	89.85	95.40	
	Post término	2.15	0.57	
Peso al nacer	Muy bajo peso	0.62	0.00	0,3640
	Bajo peso	3.08	1.15	
	Normal Macrosómico	81.85	82.18	
Relación peso / EG	PEG	2.77	1.15	0,4977
	AEG	81.54	83.33	
	GEG	15.69	15.52	
Apgar al minuto	Grave	3.08	0.00	0,0072
	Moderada	4.62	1.15	
	Ausencia	92.31	98.85	
Apgar a los 5 minutos	Grave	0.62	0.00	0,1968
	Moderada	1.23	0.00	
	Ausencia	98.15	100.00	
Morbilidad neonatal	Sí	54.15	23.56	0,0000
	No	45.85	76.44	
Total		100.00	100.00	

Fuente: Historia Clínica Perinatal.

No existe asociación de la violencia durante el embarazo con la paridad, edad gestacional del inicio de cuidados prenatales, ni hospitalización previa al parto. Más de la mitad (68,6%) tuvieron control prenatal adecuado, pero 23,7% tuvieron control inadecuado y 7,7% ningún control, estas dos proporciones fueron mayores al grupo control, lo que representa asociación significativa con la ausencia o control prenatal inadecuado. El 22,5% de las parturientas presentaron alteraciones en la duración del trabajo de parto, precipitado o prolongado, con una asociación altamente significativa; 37,2% de las víctimas de violencia, terminó su parto por cesárea, siendo mayor este porcentaje al grupo control (21,2%), siendo significativa esta asociación. La presencia de alguna patología durante el embarazo y parto fue mayor en el grupo estudio, con una asociación altamente significativa.

DISCUSION Y COMENTARIOS

Este estudio trató de examinar analíticamente si es que la violencia basada en género, durante el embarazo, repercute negativamente en la madre y su recién nacido.

Se demostró alta prevalencia de la violencia (65,1%) que sobre las mujeres es ejercida por el varón en el algún momento del embarazo.

Estudios en el extranjero reportan porcentajes menores a la nuestra, tales como Valdez (6) en México 33,5%, Núñez (7) en Costa Rica 29,7% y Valenzuela (3) en México 33%; esto se debería a que las muestras son pequeñas y a realidades diferentes a la nuestra. En nuestro país, los estudios de Escobar (8) y de Távora (1,9) realizados en diferentes hospitales de Lima, encuentra prevalencias semejantes a la nuestra.

La prevalencia de violencia física fue de 22%, presentándose en mayor porcentaje 81,8% en el I trimestre del embarazo y en menor porcentaje en el III trimestre con un 3,6%, esto demuestra que a medida que el embarazo es más notorio la violencia física disminuye. El principal agresor físico es el conviviente, el hogar debe ser el lugar más seguro y la pareja uno de los principales protectores de la integridad de la mujer, pero vemos que esto no es lo que sucede; le sigue los padres de la gestante, lo que podría explicarse porque muchos de los embarazos no deseados son de madres adolescentes y la noticia de un embarazo no planificado ocasiona conflicto familiar y una respuesta violenta en muchas ocasiones.

Valdez (6) en México encontró un mayor porcentaje (40%) de violencia física, Estudios en Lima, reportan cifras variadas de violencia física, así Escobar (8) 15%, Távora (1,9) en dos estudios 32,2% y 31%; todos coinciden que el principal agresor fue la pareja actual y que la violencia va disminuyendo según avanza el embarazo.

La variación en las cifras de frecuencia del abuso de las mujeres durante el embarazo se explica porque la pesquisa no se efectúa de rutina en las consultas prenatales y, al ocurrir la violencia usualmente en el hogar, muchos casos se consideran de dominio personal e íntimo y aún se les admite como hechos de ocurrencia normal (2).

La prevalencia de violencia psicológica fue de 53,7% más del doble que la violencia física; un 91,8% se dio en el I trimestre de embarazo disminuyendo conforme el embarazo avanza. El principal agresor fue el conviviente con un 69%, seguido de los padres con 12,3%.

Diferentes estudios, indican prevalencias semejantes a la nuestra, tales como Valdez (6) 76%, Núñez (7) 86,9%, Távora (9) 54% y Escobar (8) 45% de violencia psicológica, todos concuerdan que el principal agresor fue la pareja actual.

La prevalencia de violencia sexual fue de 22,6%, siendo mayor en el I trimestre y menor en el III trimestre. Otra vez el principal agresor fue el conviviente, seguido de la ex pareja.

Núñez (7) encontró el abuso sexual en 52,2%, Valdez (6) 37% y Távora 14,6% (1) y 21% (9) en dos estudios, todos coinciden que el principal agresor fue el conviviente o ex pareja.

En relación a los diferentes tipos de violencia, el 48,3% sufre de un tipo de violencia, 36,6% de dos, 15,1% de los tres tipos de violencia: física, psicológica y sexual.

Al examinar los factores socio demográficos, encontramos que las mujeres con menor educación, inestabilidades conyugales y económicamente dependientes son el tipo de mujeres más violentadas durante el embarazo; como lo reportan otros estudios, tales como Valenzuela (3) quien encuentra a mujeres de ocupación su casa, con educación básica y la mayoría casadas. Valdez (6) halla que son mujeres jóvenes con promedio de 22 años, la mayoría sólo con primaria completa y amas de casa, y Núñez (7) reporta que 80% de las mujeres violentadas se dedica a labores de la casa.

El perfil de la mujer maltratada se repite en los diferentes estudios nacionales (8,10) y extranjeros, así como en el nuestro; la mayoría se dedica a su casa lo que causaría dependencia económica a la pareja convirtiéndose en una probable razón por la que toleran la violencia ya que como recordamos el principal agresor es la pareja.

Las repercusiones maternas negativas asociados con la violencia basada en género encontradas en este estudio fueron: control prenatal ausente o inadecuado, alteraciones en la duración del trabajo de parto, parto por cesárea y mayor morbilidad materna.

No resulta extraño comprobar en nuestros resultados que las mujeres violentadas durante el embarazo hayan empezado tengan un menor número de consultas y muchas de ellas no hayan tenido cuidados durante el embarazo, puesto que la carencia de medios económicos y la falta de capacidad para decidir sobre su salud, las aleja de los servicios. Resultados similares son encontrados por otros autores (1,2,3,6,9).

Las patologías del embarazo asociadas a la violencia de género son comúnmente encontradas en los diferentes reportes consultados, igualmente algunas enfermedades crónicas se pueden descompensar durante el embarazo como resultado de la violencia ejercida por la pareja.

La mayor frecuencia de cesáreas encontrada en el grupo de mujeres con violencia durante el embarazo, están en directa relación con la mayor frecuencia de patología de

la gestación, alteraciones en la duración del trabajo de parto (precipitado o prolongado).

Así como la patología durante el embarazo es más frecuente en las mujeres violentadas de igual forma destacan las patologías del neonato y la depresión al nacer ocupan lugar importante, en concordancia con lo reportado en otras realidades (1,2,3,6,9).

En conclusión, la VBG durante el embarazo presenta una alta prevalencia (65,1%) en nuestro medio, siendo la violencia psicológica la más frecuente (53,7%),

Existen factores de riesgo para el ejercicio de la violencia por parte de las parejas, como dependencia económica, pobre educación e inestabilidad conyugal.

Las repercusiones maternas y neonatales negativas fueron: control prenatal ausente o inadecuado, alteraciones del trabajo de parto, cesárea, depresión al nacer y mayor morbilidad materna y neonatal.

La pesquisa debe ser conducida por personal que ha sido entrenado en la dinámica de la violencia de las mujeres, la VBG debe formar parte del interrogatorio de rutina, se debe hacer en cada trimestre durante la atención prenatal, para poder establecer con realismo su frecuencia y adelantarse a las funestas consecuencias que de ella se derivan, y así evitar daños y muertes innecesarias de niños y mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Távara Luis, Orderique Luis, Zegarra Tula, Huamaní Silvia, Félix Flor, Espinoza Kelvin, et al. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2007; 53.
2. Zapata L. Repercusiones de la violencia basada en género sobre el embarazo. *Revista Obstet Ginecol Venezuela* 2006; 66 (1): 21-27.
3. Valenzuela. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo en la mujer embarazada y su producto [tesis magister]. Universidad de Colima 2004.
4. Ávila María Luisa. Violencia basada en género: un problema de salud pública. Colegio de Médicos Cirujanos de Gta Rica San José. *Acta Médica Costarricense* 2007; 49 (4): 178-179.
5. Instituto Nacional Materno Perinatal. Oficina de apoyo a la investigación y docencia especializada (unidad de investigación), 2007. Disponible en: file:///d:/mis%20documentos/tesis%20neo/violencia-y borto.ppt#294,1, diapositiva
6. Valdez Rosario, Sanin Luz. Violencia domestica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud pública de México*; 38 (5).
7. Núñez. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica.
8. Escobar Juan, Pacora Percy, Custodio Nilton, Villar Walter. Depresión pos parto ¿Se encuentra asociada a la violencia basada en género? *An fac med* 2009.
9. Távara Luis, Zegarra Tula, Zecayal Celso, Arias María Luisa, Ostocaza Noemí. Detección de violencia basada en género en tres servicios de atención de salud reproductiva. *Revista de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología* 2003.
10. Lam Nelly, Contreras Hans, Cuesta Fatima, Mori Elizabeth, Condori Janet, Carrillo Natalia. resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. *Revista peruana epidemiológica* 2008; 12 (3).

RELACIONES SEXUALES Y GESTACIÓN – HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL “HIPÓLITO UNANUE” DE TACNA – FEBRERO – OCTUBRE DEL 2001

AUTORES: Obst. Vladislava Vigil Dávalos,
Obst. Karina Calderón Fernández
Mgr. Diana Huanco Apaza

INTRODUCCIÓN

Las relaciones sexuales durante la gestación todavía se rodean bajo un halo de misterio y mitos, como consecuencia de la falta de comunicación entre el profesional que realiza el control prenatal y la gestante. Esta no es la única razón pero si tal vez la más importante.

Uno de los miedos más constantes es la certidumbre que el acto sexual puede dañar al feto, producir abortos o partos prematuros, por lo que disminuyen la frecuencia de sus relaciones sexuales.

Cerca del 90% de gestantes refiere que su médico u obstetrix no les informó de la conveniencia o no de las relaciones sexuales durante la gestación y que no sintieron el ambiente apropiado para abordar el tema, aceptando todas ellas que deseaban recibir información sobre esta materia.

A nivel nacional existen trabajos aislados que investigan el comportamiento sexual durante el embarazo y a nivel de la región no hay ninguna publicación referente al tema.

El objetivo del presente trabajo es conocer el comportamiento de la gestante respecto a sus relaciones sexuales. Ello nos proporcionará elementos de juicio para poder orientarles sobre este tópico, tan poco tratado y muchas veces tan difícil de abordar.

OBJETIVO

- Conocer el comportamiento de la gestante respecto a sus relaciones sexuales.

DISEÑO

- Estudio prospectivo en 362 púérperas atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital "Hipólito Unanue" de Tacna, mediante una encuesta aplicada por internas de obstetricia capacitadas previamente (dos) y obstetricas.

CONCLUSIONES

Durante el embarazo disminuyen la libido, la frecuencia de relaciones sexuales y el orgasmo. También existen cambios de posición en la segunda mitad de la gestación. Se recomienda incluir dentro del Control Pre Natal mediante charlas de información a la gestante sobre las relaciones sexuales durante la gestación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó el presente estudio en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna, en los meses de febrero y octubre del 2001. El universo estuvo integrado por todas las púérperas y la muestra se determinó por el procedimiento aleatorio simple. El tamaño de la muestra fue de 362 mujeres.

Se confeccionó una ficha encuesta con 25 preguntas. Esta fue aplicada por internas de obstetricia previamente capacitadas y las obstetricas autoras del mismo.

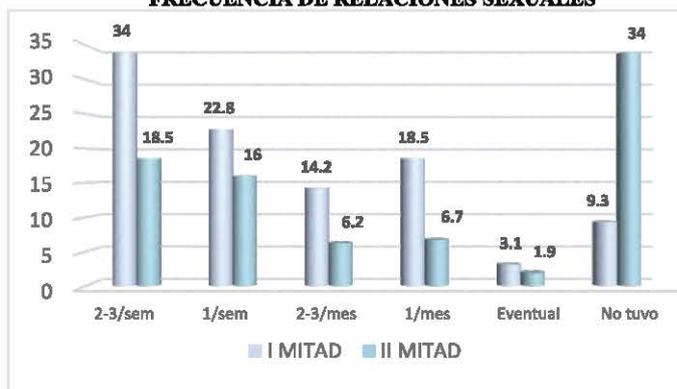
RESULTADOS

- De las 362 mujeres encuestadas se encontró que el 18.5% eran adolescentes, 65.6% tenían edad adecuada y 15.9% eran afeas.
- El 60% tiene como ocupación el ser ama de casa y 34.6% trabaja desde empleada del hogar hasta profesionales.
- El 2.5% fue analfabeta, 19.8% ha cursado estudios primarios, 58.65 estudios secundarios y 19.1 % estudios superiores.
- El 64.8% tiene estado civil conviviente, 25.3% casada y 9.9% soltera.
- El 71.6% profesaba la religión católica, 15.4% la evangélica, 8.6% la adventista y 4.3% otras.
- El 44.1% nació en Tacna, 31.1% en Puno y 24.8% en otros lugares.
- El 14% procedía de la zona rural y 86% de la zona urbana y dentro de ella 39% era del cercano, 23.4% del cono norte, 17.3% del cono sur.
- El 56.8% fue múltipara y el 43.2% primípara. El 19% inició sus relaciones sexuales antes de los 15 años, el 62% entre los 15 a

19 años y el 20% de 20 a más años.

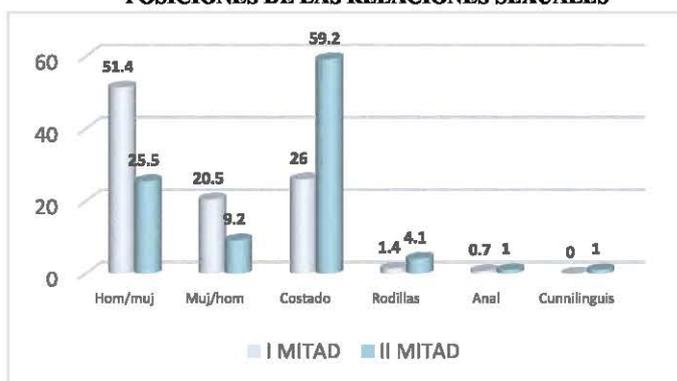
- El 99% tuvieron control pre natal y el 92% tuvo un control adecuado.
- El 41% y 38% respectivamente presentaron complicaciones durante la primera y segunda mitad del embarazo. Las complicaciones más frecuentes durante la primera mitad fueron Anemia e Hipertensión Gravídica y en la segunda mitad ITU, APP, Pre Eclampsia.
- En el cuadro N° 1 se observa que conforme avanza el embarazo, la frecuencia de las relaciones sexuales se hace más esporádica, notándose que en la primera mitad teníamos de 2 relaciones a la semana el 34% de las encuestadas contra el 18.5% en la segunda mitad. Lo que nos llamó la atención fue el alto porcentaje de respondió no tener relaciones en la segunda mitad de la gestación con un 34%.
- El 18.5% era menor de 15 años, 65.6% tuvo una edad adecuada y 15.9% añosa. El 56.8% multipara y el 43.2% era primípara.
- El 19% inició sus relaciones sexuales antes de los 15 años. El 34% tuvo 2 relaciones sexuales a la semana en la primera mitad del embarazo y sólo el 18.5% durante la segunda mitad.
- El 21% refirió que mantiene igual frecuencia a la etapa pregravídica y 74% disminuyó su frecuencia de relaciones sexuales en relación a la etapa pre gravídica.
- El 21% presentó disminución de libido; 60% tenía miedo a dañar al feto con las relaciones sexuales. En la segunda mitad del embarazo el 59.3% prefirió la posición de costado y el 25.5% practicó la posición hombre/ mujer.
- El 27% reconoció que su orgasmo había disminuido. Sólo el 4% reconoció que se masturbaba durante la gestación.
- El 18% tuvo su última relación sexual dentro de la semana antes del parto y 35% dentro del mes antes del mismo.

FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES



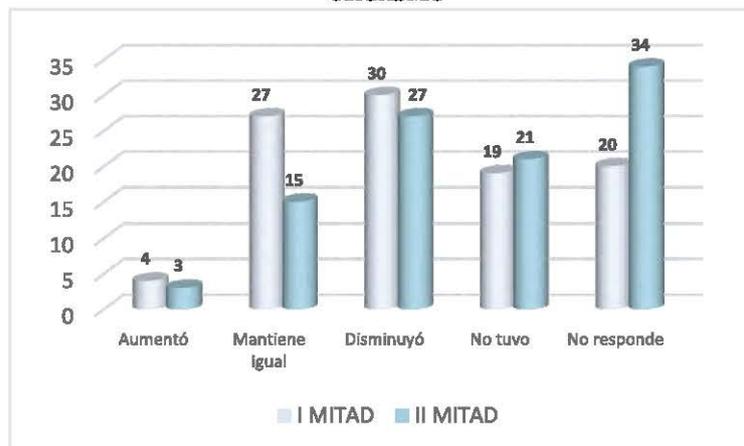
- Cuando se preguntó sobre la frecuencia de las relaciones sexuales relacionando la etapa pre gravídica con la gravídica, el 21% mantenía la misma frecuencia, y el 74% que había disminuido. La razón por la cual disminuyeron su frecuencia fue: por miedo a dañar al feto en un 60%, por incómoda el 19% y por disminución o ausencia de la libido un 21%.
- Sobre la libido durante la gestación, el 27% refiere que se mantuvo igual, el 61% que había disminuido y el 9% no tuvo libido.
- Cuando se le preguntó en relación a las posiciones sexuales utilizadas se observa que a partir de la segunda mitad, la posición sexual más utilizada, obviamente por cuestiones de comodidad, fue la de costado y debe remarcarse que la proporción de la práctica de la posición hombre/mujer fue practicada en un 25.5% en esta misma etapa de la gestación observándose una disminución de 25.9%.

POSICIONES DE LAS RELACIONES SEXUALES



- Durante la primera mitad el 19% refiere no haber tenido orgasmo, el 4% que había aumentado, el 30% había disminuido, el 27% que se había mantenido igual y el 20% no respondió. En la segunda mitad el 21% no tuvo orgasmo, el 3% que había aumentado, el 27% había disminuido, el 15% se mantuvo igual y el 34% no respondió.
- Solamente el 4% de gestantes reconoció que practico alguna forma de masturbación. Dentro de las formas aceptadas encontramos la frotación de clitoris, vulva y periné; es decir que un 96% no respondió en algunos casos por vergüenza o por falta de conocimiento.
- La última relación sexual durante el embarazo fue: el 18% dentro de la semana antes del parto, 35% un mes antes, 10% hasta tres meses antes, 25% más de tres meses antes del parto y un 12% no respondió.
- El 48% de gestantes recibió orientación sobre relaciones sexuales por su médico u obstetrix.

ORGASMO



CONCLUSIONES

- Durante el Embarazo disminuye la Libido, la frecuencia de RS, el orgasmo.
- La principal razón de disminución de RS es por miedo a dañar al Feto.
- Existen cambios de posición durante el acto sexual; a partir de la segunda mitad (principalmente de costado)
- Más de mitad de gestantes no recibe orientación de RS durante el embarazo.

RECOMENDACIONES

- Recomendamos incluir dentro del Control Pre-Natal charlas de información sobre las RS durante el embarazo, que incluya participación activa de las gestantes; como por ejemplo talleres.
- Se puede incluir en las clases de Psicoprofilaxis Obstétrica esta orientación
- Se puede concluir que durante la gestación tienden a disminuir la libido, la frecuencia de relaciones sexuales, el orgasmo y existen cambios de posición durante el acto sexual a partir de la segunda mitad.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Spina B, Berris V. Comportamiento sexual de mujer durante el embarazo. Revista Latinoamericana de Sexología. 1992; 23-32.
- Dedios S, Torres R, Tsukasan J. Sexualidad y gestación. Congreso Extraordinario de Obstetricia y Ginecología 1997, Temas Libre 46.
- Master W, Jonson V, Kolodny R. Actividad sexual durante el embarazo. En Sexualidad dHumana: Barcelona (España) Ed. Grijaldo 1987,140-1.
- Curnningham G, M.ac Donald P, Grant N, Laveno K, Prenatal care: Coitus. Willians Obstetrics, Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange 1993,263.
- Vásquez J, Meza G. Relaciones sexuales y gestación-Loreto, Perú. Revista de Ginecología y Obstetricia 1999,23-26.

TRABAJOS ORIGINALES

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN MEDIDAS BÁSICAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Regina Rivera D¹, Guadalupe Castillo L², María Astete V¹, Vilma Linares G¹, Diana Huanco A²

RESUMEN

Objetivos: Determinar la eficacia de un programa de capacitación en prevención de infecciones intrahospitalarias (IIH) para modificar conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) del personal de salud hospitalario. **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo de intervención, desarrollado en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú, en el año 2000. Antes y después de la intervención se evaluó el nivel CAP en el personal asistencial de los servicios de hospitalización a través de encuestas. La intervención consistió en capacitaciones sobre medidas básicas para prevención de IIH y observaciones periódicas de las prácticas. Se comparó las proporciones según niveles CAP usando la prueba de McNemar. **Resultados:** Se incluyó al 73,7% (129/175) del personal; solo 22,9% (11/48) de médicos completaron el estudio. En general, >50% mostró niveles adecuados de CAP desde el inicio. Solamente se halló mejoría significativa en conocimientos ($p < 0,004$) y prácticas ($< 0,001$) del grupo enfermeras/ obstétricas/ técnicos. Si bien los servicios de hospitalización especializados tuvieron mayor nivel CAP que los básicos, sólo en estos últimos se mostró mejoras significativas en el nivel de prácticas ($p < 0,001$). El cumplimiento rutinario de las medidas de bioseguridad pasó de 1% a 89,8%. **Conclusiones:** La implementación de un programa hospitalario de capacitación y supervisión permanente para la prevención de IIH mostró mejorar el nivel de conocimientos y prácticas en el personal no médico.

Palabras clave: Infecciones Nosocomiales; Control de Infecciones; Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud; /prevención y control (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objectives: To determine the efficacy of a qualification program on nosocomial infection (NI) prevention, to modify knowledge, attitudes and practices (KAP) of the hospital health care providers. **Materials and methods:** Prospective intervention study, performed in the Hipólito Unanue Hospital in Tacna, Peru, 2000. Before and after the intervention, KAP level was evaluated in hospitalization services using questionnaires. The intervention consisted of training on basic measures for NI prevention and periodic practice observations. Proportions according to KAP levels were compared using McNemar's test, considering $p < 0,05$ as statistically significant. **Results:** 73,7% (129/175) of the hospital staff was included; only 22,9% (11/48) physicians completed the study. In general, >50% showed good KAP levels since the initial stages. We only found significant improvement in knowledge ($p < 0,004$) and practices ($< 0,001$) of the nurses & technicians group. Although special hospitalization services had a higher KAP level than the basic ones, only the practices in the basic services showed significant improvements ($p < 0,001$). The routine fulfillment in the biosafety measures shifted from 1% to 89,8%. **Conclusions:** The implementation of a hospital program of qualification and permanent supervision for NI prevention was shown to improve the level of knowledge and practices in the nurses & technicians group.

Key words: Nosocomial infections; Infection Control; Health Knowledge, Attitudes, Practice; /prevention and control (source: DeCS BIREME).

¹ Hospital de Apoyo Departamental Hipólito Unanue. Tacna, Perú.

² Dirección Regional de Salud Tacna, Ministerio de Salud. Tacna, Perú.

El protocolo del estudio fue seleccionado en el «I Concurso Nacional de Proyectos de Investigación en Enfermedades Infecciosas Emergentes y Reemergentes» convocado por el Instituto Nacional de Salud del Perú, y contó con el apoyo técnico y financiero del Proyecto VIGIA «Enfrentando la Amenaza de las Enfermedades Infecciosas Emergentes y Reemergentes», MINSA-USAID.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones intrahospitalarias (IIH) constituyen un problema de salud pública por el aumento de mortalidad que producen en los pacientes hospitalizados y el incremento de costos de hospitalización por conceptos de estadía prolongada y uso de tratamientos especiales¹⁻⁴. La magnitud y características de las IIH, sus tendencias en el tiempo y las acciones para modificarlas constituyen indicadores de la calidad de atención a los pacientes y, por lo tanto, de la gestión de los hospitales, debido a que permiten mejorar la productividad de los establecimientos^{5,6}.

Un valioso porcentaje de IIH se asocia con malas prácticas de atención a pacientes⁷. El lavado de manos es la medida más importante para prevenir IIH; sin embargo, el personal de salud no le ha dado la importancia debida. Se han realizado esfuerzos para mejorar su cumplimiento, pero sin lograr cambios perdurables o duraderos⁸⁻¹¹.

Esta situación ha llevado a implementar programas de prevención y control de IIH, donde la capacitación y la voluntad política son esenciales; el éxito de estas intervenciones requiere de la participación de un equipo multidisciplinario^{1,2,5}. El personal debe participar en estos programas, entenderlos y aceptarlos. Está fuera de discusión la relevancia del recurso humano en la productividad de cualquier institución, virtualmente todo depende de lo que hagan las personas: toma de decisiones, administración de presupuesto, ejecución y producción^{2,7,8,12,13}.

La capacitación busca actualizar conocimientos, modificar prácticas de atención de pacientes y actitudes en las actividades del trabajo, procurando siempre que los contenidos de los programas educativos sean consistentes con las funciones y responsabilidades de cada grupo de profesionales o técnicos que forman parte del equipo de salud^{13,14}. La actualización de conocimientos puede ser realizada por varios métodos como reuniones técnicas y difusión de documentos, pero las que han mostrado mejores resultados en la evaluación del impacto deseado son las técnicas participativas, como discusiones grupales y demostración de procedimientos^{9,12,13}.

Incluso, pese a las grandes inversiones en tiempo, esfuerzo y dinero para capacitación en las últimas décadas, los indicadores de salud han variado muy poco, aludiendo que «*el asistir a cursos no garantiza nada, ya que hay gente que ha asistido a muchos cursos y ha aprendido nada*»^{7,13}. Pero, aunque la efectividad de las

capacitaciones sea controversial, se recomienda que la formación del personal sea continua, en áreas técnicas, de relación interpersonal y de solución de problemas reales, en el contexto de la misión y políticas de la institución, dentro de un plan coherente de desarrollo organizacional^{2,11,12,14-16}.

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Tacna, se inició la implementación del Comité de IIH y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el último trimestre de 1999. Se realizó un estudio exploratorio en noviembre de ese año encontrando una prevalencia de IIH de 20%, una escasa práctica de lavado de manos, prácticamente exclusiva de los servicios críticos, y falla de otras medidas básicas de bioseguridad; es por ello que se consideró necesario determinar la eficacia de un programa de capacitación que permita modificar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud respecto a las medidas básicas de prevención de IIH.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de intervención, no aleatorizado, con medición basal y sin grupo control; realizado entre abril a diciembre del año 2000.

ÁREA Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

El Hospital Nacional Hipólito Unanue de Tacna es un establecimiento de segundo nivel de atención, con 281 camas disponibles para prestar servicios de recuperación y rehabilitación de la salud a 80% de los 269 355 habitantes proyectados en el año 1999 para el departamento de Tacna, al sur del Perú.

Fueron invitados a participar todos los trabajadores asistenciales (médico, enfermera, obstetrix o técnico de enfermería) que estuvieran laborando en alguno de los servicios de hospitalización seleccionados y que dieran su consentimiento, excepto los del equipo investigador. Aquellos que no completaron la segunda medición de CAP, que fueron rotados a un servicio no seleccionado o tuvieron vacaciones o jubilación durante el periodo de seguimiento, fueron excluidos.

La población estuvo conformada por los 175 trabajadores asistenciales de siete servicios de hospitalización: cuatro servicios básicos (cirugía de adultos, medicina, pediatría y gine-obstetricia) y tres servicios especiali-

zados (cirugía infantil y quemados [SERCIQUEM], neonatología, y unidad de cuidados intensivos [UCI]).

DEFINICIONES OPERACIONALES

Infecciones intrahospitalarias (IIH). Aquellas causadas por gérmenes hospitalarios, adquiridos por los pacientes después de las primeras 48 horas de ser hospitalizados y que pueden iniciar las manifestaciones clínicas hasta 30 días después del alta hospitalaria, con o sin confirmación bacteriológica¹².

Nivel de conocimientos. Información que tuvo el personal de salud acerca de las medidas generales de control y prevención de IIH.

Actitud. Disposición del personal de salud para la aceptación del programa de control y prevención de IIH.

Nivel de práctica. Cumplimiento de las medidas generales de control y prevención de IIH por parte del personal de salud.

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)

El estudio fue dividido en tres fases. En la 1ª (mes 1) se realizó una medición basal de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de la población de estudio. En la 2ª se realizó el seguimiento de las medidas básicas y su práctica cotidiana para la prevención y control de las IIH (meses 2-8) aplicándose dos intervenciones educativas (meses 2 y 6). En la 3ª fase (mes 9) se realizó la segunda medición de CAP de la población para determinar el impacto de la acción.

Cuestionario. Luego de su validación en tres pilotos, se obtuvo el cuestionario final sobre medidas básicas de prevención y control de IIH. Este consistía de 20 preguntas de *conocimientos* con respuesta dicotómica, que arrojaba una clasificación de bajo (0 a 10 puntos), regular (11 a 15 puntos) y alto (>16 puntos). Luego, 30 preguntas de *prácticas*, calificadas con 0, 1 ó 2 puntos si las respuestas eran «Nunca», «A veces» o «Siempre», respectivamente; la clasificación fue deficiente, regular o adecuado si el puntaje total resultaba <30, de 30 a 47 ó >47 puntos (<50%, de 50% a 79%, >79% del puntaje máximo), respectivamente. Finalmente, 16 preguntas para *actitudes*, usando la escala de Likert de 0 a 4 puntos, siendo la clasificación positiva (≥ 40 puntos o $\geq 62,5\%$ del máximo puntaje total) o negativa (<40 puntos).

Cumplimiento de prácticas. Se verificó el cumplimiento de prácticas mediante el método inductivo y la técnica de observación directa no participante, durante los tres turnos de trabajo, en un periodo de 15 días. El primer seguimiento se hizo un mes después de la capacitación inicial y continuó en forma mensual hasta el último mes de estudio. El *lavado de manos* se observó en todos los trabajadores. El *uso de guantes* fue evaluado en el personal de enfermería debido a la mayor oportunidad de observación. La *descontaminación concurrente*, es decir aquella que se realiza cada tercer día de estancia hospitalaria, fue observada en el personal técnico de enfermería, así como la *eliminación de residuos*.

INTERVENCIÓN

Se realizó una intervención en dos etapas, durante el primer mes (primera etapa), se dio una capacitación inicial que tuvo una duración de cuatro semanas. El programa educativo incluyó exposiciones teóricas, folletos informativos y sesiones prácticas de lavado de manos, uso de guantes, desinfección concurrente y eliminación de residuos.

Al cuarto mes se realizó una segunda etapa de capacitación, que incluyó un resumen de la primera y reuniones de problematización en relación al control de IIH en cada uno de los servicios. Nuestra intervención no estuvo dirigida directamente a conseguir la disponibilidad amplia de los insumos, aunque se trató de asegurar en los servicios básicos la disponibilidad de jabón de tocador, mayor cantidad de toallas de menor tamaño para evitar su sobreuso, y en los servicios especializados, de toallas de papel descartables.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados se procesaron y analizaron en los programas computarizados de *Excel – Microsoft 2000* y *SPSS para Windows versión 7,5 - 1996*. Mediante la prueba de McNemar (muestras relacionadas) se evaluó las diferencias entre las evaluaciones basales y finales de los CAP del personal de salud (por grupos profesionales y por servicios), considerando un $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Se consideraron variables extrañas a la edad, sexo, ocupación, tiempo de servicio, capacitaciones anteriores y disponibilidad de insumos; sólo se consideró a la ocupación como variable estratificadora para la interpretación de resultados.

RESULTADOS

Se evaluaron los CAP de 129 (73,7%) trabajadores de salud del Hospital Hipólito Unánue de Tacna: 11 médicos, 48 enfermeras, 10 obstetras y 60 técnicos de enfermería. Rechazaron participar 19 personas (10,9%) y fueron excluidas 27 (15,4%): 15 por no completar la encuesta CAP final, 9 por vacaciones o jubilación y 3 por rotar a otros servicios. Sólo 22,9% (11/48) del personal médico hospitalario aceptó participar del estudio, a diferencia del 92,9% (118/127) de participación del personal de salud no médico. No participó ningún médico de los servicios especializados (Tabla 1).

En el grupo de enfermeras, obstetras y técnicos, la proporción de trabajadores con conocimiento bajo se redujo de 26,3% a 12,7% ($p=0,005$), la proporción con conocimiento regular se redujo de 69,5% a 66,1% (NS), y la proporción con conocimiento alto aumentó de 4,2% a 21,2% ($p<0,001$). Por otro lado, la proporción del personal con actitud positiva aumentó de 73,7% a 78,8% (NS). Finalmente, el nivel deficiente de prácticas se redujo de 2,5% a 0,8% (NS), el nivel regular también se redujo de 58,5% a 37,3% ($p=0,001$), y el nivel adecuado subió de 39,0% a 61,9% ($p<0,001$) (Tabla 2).

En el personal médico no se observaron cambios con la intervención ($p>0,05$), en conocimientos de nivel regular 9 y bajo 2 pasaron a nivel alto 2 y regular 9; en actitud positiva de 9 a 10; y en prácticas de nivel adecuado 8 y regular 3 a nivel adecuado 9 y regular 2.

Tabla 1. Personal participante en el programa de capacitación en medidas básicas para la prevención de IHH según servicio. Hospital Nacional Hipólito Unánue. Tacna, 2000.

Salas de Hospitalización	Médicos	Enfermeras	Técnicos	Total
Servicios Básicos				
Cirugía	8	5	13	26
Medicina	0	12	10	22
Pediatría	1	7	5	13
Ginecología-Obstetricia	2	15*	10	27
Servicios Especializados				
Neonología*	0	8	8	16
Servicio de Cirugía Infantil y Quemados*	0	5	8	13
Unidad de Cuidados Intensivos*	0	6	6	12
Total	11	58	60	129

* Incluye 10 obstetras.

Tabla 2. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas del personal hospitalario no médico, antes y después de una intervención educativa ($n=118$). Hospital Nacional Hipólito Unánue. Tacna, 2000.

Nivel	Antes		Después	
	n	(%)	n	(%)
Conocimientos				
Alto	5	(4,2)	25	(21,2)
Regular	82	(69,5)	78	(66,1)
Bajo	31	(26,3)	15	(12,7)
Actitudes				
Positivo	87	(73,7)	93	(78,8)
Negativo	31	(26,3)	25	(21,2)
Prácticas*				
Adecuado	46	(39,0)	73	(61,9)
Regular	69	(58,5)	44	(37,3)
Deficiente	3	(2,5)	1	(0,8)

Según el servicio de hospitalización, se observó que el porcentaje de trabajadores (sin contar a médicos) con conocimiento bajo disminuyó tanto en los servicios básicos, de 28,6% a 16,9% (NS), como en los especializados, de 22,0% a 4,9% (NS). Por otro lado, en los servicios básicos la proporción del personal con actitudes positivas aumentó de 64,9% a 74,0% (NS); mientras que en los especializados se redujo de 90,2% a 87,8% (NS). Finalmente, el nivel adecuado de prácticas aumentó tanto en los servicios básicos, de 27,3% a 54,5% ($p=0,001$), como en los especializados, de 61,0% a 75,6% (NS) (Tabla 3).

Tabla 3. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas del personal hospitalario no médico, antes y después de una intervención educativa según tipo de servicios. Hospital Nacional Hipólito Unánue. Tacna, 2000.

CAP	Servicios Básicos				Servicios Especializados			
	Inicial		Final		Inicial		Final	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Conocimientos								
Alto	1	(1,3)	12	(15,6)	4	(9,8)	13	(31,7)
Regular	54	(70,1)	52	(67,5)	28	(68,3)	26	(63,4)
Bajo	22	(28,6)	13	(16,9)	9	(22,0)	2	(4,9)
Actitudes								
Positivo	50	(64,9)	57	(74,0)	37	(90,2)	36	(87,8)
Negativo	27	(35,1)	20	(26,0)	4	(9,8)	5	(12,2)
Prácticas								
Adecuado	21	(27,3)	42	(54,5)	25	(61,0)	31	(75,6)
Regular	54	(70,1)	34	(44,2)	15	(36,6)	10	(24,4)
Deficiente	2	(2,6)	1	(1,3)	1	(2,4)	0	(0,0)

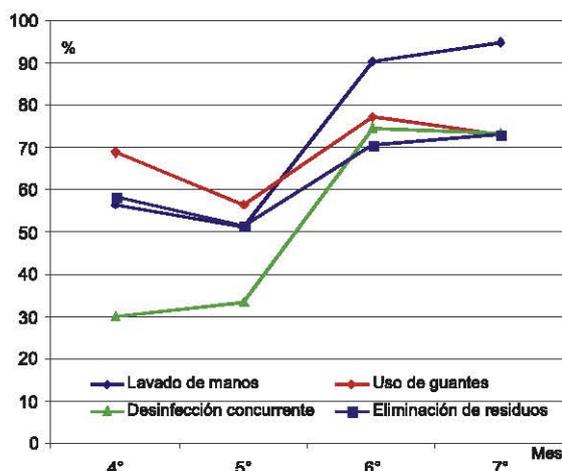


Figura 1. Nivel de Cumplimiento de las prácticas para el control y prevención de las IIH por el personal de salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Tacna. 2000.

Seguimiento de prácticas. El incumplimiento rutinario de alguna de las medidas de bioseguridad fue de 99,3%, 94,8% y 81,7% durante los primeros 3 meses, respectivamente. Luego de la intervención educativa, la práctica de todas las medidas fue más frecuente, llegando a más de 70% al final del seguimiento. El lavado de manos fue al final la medida más practicada con 90% de cumplimiento, y junto con la desinfección concurrente, fueron las que más incrementaron sus prácticas (Figura 1).

Respecto a la calidad de la práctica, el buen lavado de manos se practicó con mayor frecuencia en forma gradual, en especial por enfermeras y técnicos (Figura 2). El uso de guantes por enfermeras mejoró en calidad, manteniéndose así hasta el final del seguimiento (Figura 3).

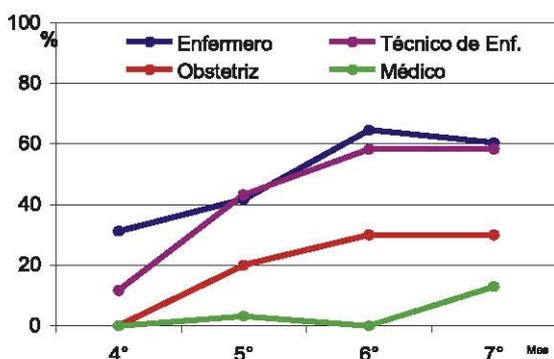


Figura 2. Seguimiento del cumplimiento del buen lavado de manos para el control y prevención de las IIH después de la intervención. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Tacna, 2000.

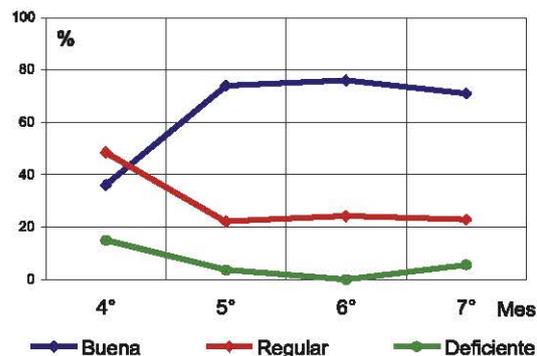


Figura 3. Tendencia observada en el uso de guantes por personal de enfermería para el control y prevención de IIH. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Tacna, 2000.

Al analizar las prácticas de bioseguridad en los servicios básicos y especializados, resaltó que el lavado de manos y el uso de guantes alcanzaron al final cifras similares de cumplimiento en ambos servicios; sin embargo, se notó que tanto la desinfección concurrente como la eliminación de residuos fueron más frecuentes en los servicios especializados (Figura 4).

En las reuniones de problematización de servicios durante la segunda capacitación, 95% del personal opinó que las pobres medidas básicas de bioseguridad se debían al manejo administrativo inadecuado de las jefaturas departamentales, déficit de insumos apropiados, pobre participación en las evaluaciones de los servicios por parte de médicos y enfermeras, bajo incentivo moral, social y de autoestima al personal, percepción sobre efecto relativo que la capacitación tiene sobre el cumplimiento y calidad de procedimientos básicos de bioseguridad.

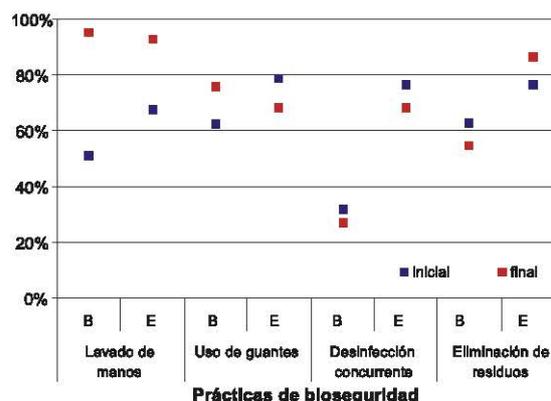


Figura 4. Prácticas de bioseguridad por parte del personal de salud en hospitalización de servicios básicos (B) y especializados (E). Hospital Hipólito Unanue, Tacna, 2000.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio mostró la eficacia de un programa educativo de medidas en prevención y control de IIH para mejorar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas del personal hospitalario, similar a lo encontrado en otros estudios nacionales^{8,17,18}. Varios autores confirman que las enfermeras y técnicos presentan mayor participación que los médicos en los programas relacionados a medidas de prevención y control^{5,7,8,14,16-18}, lo que también observamos en nuestro estudio: 92,9% frente a 22,9%, respectivamente. Al respecto, el incluir sólo al personal nombrado del hospital pudo haber influido en el alto grado de participación de las enfermeras, obstetrices y técnicos, toda vez que el personal no nombrado (contratado) suele tener periodos laborales cortos y mayor rotación, lo cual no habría garantizado su completa participación. Por su parte, dado que la participación médica es fundamental en este tipo de programas^{17,18}, su carencia ocasiona preocupación.

La actitud positiva en el grupo conformado por enfermeras, obstetrices y técnicos fue alta desde el inicio, y por ello quizás el cambio no fue significativo, a diferencia de lo ocurrido con el nivel alto de conocimientos (+17%) y prácticas adecuadas (+22,9%), lo cual guarda relación con lo descrito anteriormente acerca de la mejor predisposición de este grupo de profesionales de salud frente a estrategias de mejora en prevención y control. Un punto que llamó la atención fue encontrar en este grupo un nivel bajo de conocimientos inicial de 26,3%, mientras en un instituto nacional especializado de cuarto nivel esta cifra resultó alrededor de 50%¹⁷, al respecto debemos mencionar que este tipo de intervención ha sido la primera en su estilo en nuestro hospital.

Se reconoce que los médicos muestran ser más resistentes a cambiar sus comportamientos a pesar de las capacitaciones¹⁹; las razones de ello varían desde la gran carga laboral, el escaso contacto con pacientes, los efectos adversos de los agentes antisépticos en la piel, entre otros²⁰. Al respecto nos queda la satisfacción de saber que la mayoría de médicos participantes en nuestro programa manifestó poner en práctica medidas óptimas de prevención y control de IIH, y que al final de la intervención ninguno tuvo nivel deficiente de conocimientos.

Como era esperado, en los servicios especializados el nivel de CAP fue mayor que en los básicos, tanto al inicio como al final de la intervención; esto puede explicarse porque en los primeros se exige al personal

cierto entrenamiento específico y cumplimiento de normas internas en relación a sus propios estándares de calidad. Por ello no resulta extraño que las prácticas de bioseguridad que marcaron la diferencia con los servicios básicos fueran la desinfección concurrente y la eliminación de residuos, que fueron evaluados en el personal técnico. Además, en las salas de hospitalización de estos servicios especializados se suele disponer con mayor frecuencia de los insumos de bioseguridad, lo cual podría influir en su mayor adherencia a las prácticas¹⁶.

La adherencia a las medidas básicas de bioseguridad (lavado de manos, uso de guantes, desinfección concurrente y eliminación de residuos) fue creciente en todos los servicios, presentando algunas diferencias que dependen por un lado de la predisposición a su cumplimiento, como a la exposición a procedimientos invasivos, como sucede con los servicios quirúrgicos y especializados. Así observamos que al final del estudio, enfermeras y técnicos de enfermería mostraron mayor adherencia al lavado de manos óptimo, hecho similar a lo que pasó con la eliminación de residuos. Es importante mencionar que esta última medida aún no estaba normada en la institución y no era practicada por la mayoría de servicios, salvo por la colocación de material punzo-cortante en botellas plásticas de soluciones parenterales usadas.

En cuanto a los factores que influyen los CAP del personal de salud, se mencionan la mínima motivación de las autoridades, la baja percepción de la importancia de la prevención y control de las IIH, o la no vigilancia de las prácticas preventivas²¹. Esto también ha sido referido en las reuniones de problematización, identificando como puntos críticos una mala gestión hospitalaria, un escaso compromiso de los médicos con temas de prevención y control, la falta de incentivos al personal, y la percepción negativa sobre las capacitaciones. Sobre esto último, existe duda sobre la eficacia de las intervenciones educativas en la reducción de las tasas de IIH⁷. En nuestro hospital, los cursos dictados para promover y difundir la prevención y control de las IIH en los dos años previos al estudio no mejoraron las prácticas de bioseguridad.

La literatura menciona un pobre cumplimiento de la higiene de manos entre los trabajadores de salud, cuyas principales razones son la irritación o sequedad de la piel, procedimiento con exigencias extremadas, falta de insumos o sobrecarga de trabajo para cumplir con dicha medida^{5,10,15,16,22}. Frente a ello, surgieron opciones interesantes que consumen menos tiempo, lo cual es ideal para aquellas situaciones al-

tamente demandantes, como el uso de una solución alcohólica para manos²³ disponible al lado de la cama de cada paciente, la que no ocasionó reportes de daño sustancial en la piel, como irritación excesiva, sequedad, fisuras, grietas, dermatitis de contacto, reacciones alérgicas o tóxicas^{5,11}.

El potencial modificador de CAP de nuestro programa se basó en un primer proceso de capacitación basal relacionado con los aspectos conceptuales de IIH y de medidas básicas de bioseguridad, y en un segundo proceso final, que sumó la modalidad de problematización, técnica muy aplicada en nuestro país por el Programa de Capacitación Materno Infantil, auspiciado por la Agencia Internacional para el Desarrollo. Creemos que el enfoque multidisciplinario, la capacitación periódica y la supervisión frecuente pudieron beneficiar nuestros resultados. Comprometer a las principales autoridades del hospital fue trascendental y estratégico porque permitió la total cobertura del personal participante y brindó las facilidades logísticas necesarias para realizar las actividades del proyecto. Los diversos estilos de las capacitaciones (expositiva, demostrativa y de problematización) buscaron que el personal se involucre en prevenir las IIH en sus servicios y mejorar la calidad de atención. La difusión de los hallazgos de las supervisiones pudo motivar aún más el cambio de prácticas. La actitud positiva y colaboradora de las enfermeras en la realización de estas actividades fue vital.

Debemos reconocer que algunos aspectos pudieron favorecer nuestros resultados, como la posible influencia de los supervisores mientras observaban las prácticas y la casi nula rotación de enfermeras entre los servicios básicos (solicitada en forma arbitraria para fines del estudio) que discrepa de lo real²⁴. Las investigaciones deberían enfatizarse en la comprensión de la experiencia humana tal como ocurre en la realidad, con una cuidadosa recolección y análisis de materiales narrativos y subjetivos²⁴. También podemos considerar que nuestro seguimiento de siete meses es menor al de otras investigaciones^{5,8}, lo cual es un aspecto relevante cuando se determine si la eficacia de este programa resulta sostenible. Debemos mencionar que en forma paralela, usando la metodología propuesta por la OGE¹², hallamos una prevalencia de IIH de 20% al inicio del estudio y de 10% al final, aunque, como en este indicador intervienen diversos factores que no han sido evaluados aquí, no podemos concluir que esta reducción obedezca a nuestra intervención únicamente.

En conclusión, la actitud frente a las medidas de control y prevención de las IIH de nuestro personal hospitalario en general fue positiva. La aplicación del programa de intervención, que involucra capacitación periódica, supervisión permanente y retroalimentación, mejoró significativamente el nivel de conocimientos y prácticas del personal hospitalario (excepto los médicos), así como la adherencia a las prácticas de bioseguridad (89,8% de práctica regular). La reducción en la prevalencia de IIH en el periodo estudiado nos sugiere un impacto positivo de este programa.

El grupo de estudio considera que la capacitación debe fortalecerse con un programa de supervisión periódica y evaluación del cumplimiento de los objetivos trazados, que sea continuo y sostenido por decisión de las autoridades institucionales. La «problematización» como técnica educativa debería incorporarse en las actividades que involucren conductas de cambio, porque permite conocer los problemas actuales, captar al ser humano en su conjunto y en su entorno. Recomendamos mantener el desarrollo del control de las IIH, reforzando la investigación operativa local, la capacitación del equipo de salud y considerar este problema en las políticas de recursos físicos y humanos del sector.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lemus J. Manual de vigilancia epidemiológica. Washington DC: OPS/ PALTEX; 1996; 4(10). Serie HSP-UNI/ Manuales Operativos.
2. Perú, Ministerio de Salud. Manual de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias. Lima: Minsa/OGE; 1999. Documento Técnico OGE-RENACE/ Vig. Hosp. DT 002-99 V1.
3. Wenzel RP. Prevention and control of nosocomial infection. 3rd ed. Baltimore, NY: Williams & Wilkins; 1997.
4. Center for Disease Control. Prevention's National Nosocomial Infection Surveillance System (NNIS). Washington DC: CDC; 1999.
5. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mouroug P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. Lancet 2000; 356(9238):1307-12.
6. Lauria FN, Angeletti C. The impact of nosocomial infections on hospital care costs. Infection 2003; 31(Suppl 2): 35-43.
7. Danchalvjlitr S, Tangtrakool T, Waltayapiches S, Chokloikaew S. Efficacy of hospital infection control in Thailand 1988-1992. J Hosp Infect 1996; 32(2):147-53.

8. **Saldías J, Samanez J, Talledo R.** Impacto de una intervención en la reducción de las infecciones intrahospitalarias en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. *Rev Med Inst Peru Segur Soc* 1994; 3(3): 27-30.
9. **Pittet D, Mourouga P, Perneger TV.** Compliance with handwashing in a teaching hospital. *Infection Control Program. Ann Intern Med* 1999; 130(2): 126-30.
10. **Larson E, Kretzer EK.** Compliance with handwashing and barrier precautions. *J Hosp Infect* 1995; 30(Suppl 1): 88-106.
11. **Lam BC, Lee J, Lau YL.** Hand hygiene practices in a neonatal intensive care unit: a multimodal intervention and impact on nosocomial infection. *Pediatrics* 2004; 114(5): e565-71.
12. **Perú, Ministerio de Salud.** Protocolo: Estudio de prevalencia de infecciones intrahospitalarias. Lima: MINSA/OGE; 1999. Documento Técnico OGE-RENACE/Vig. Hosp. DT 001-99 V1.
13. **Guzmán E, Salas I.** Capacitación y resolución de problemas en salud. *Rev Adm Salud* 1992; 6(18): 16-24.
14. **Teare EL, Cookson B, French G, Jenner EA, Scott G, Pallet A, et al.** UK handwashing initiative. *J Hosp. Infect* 1999; 43(1): 1-3.
15. **Kretzer EK, Larson EL.** Behavioral interventions to improve infection control practices. *Am J Infect Control* 1998; 26(3): 245-53.
16. **Pittet D.** Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000; 21(6): 381-86.
17. **Cuéllar L, Rosales R, Aquino F.** Eficacia de un programa educativo para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias en el Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2004; 21(1): 37-43.
18. **Arévalo H, Cruz R, Palomino F, Fernández F, Guzmán E, Melgar R.** Aplicación de un programa de control de infecciones intrahospitalarias en establecimientos de salud de la región San Martín, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2003; 20(2): 84-91.
19. **Carter D.** Using attitude surveys in medical ethics research and teaching: the example of undergraduate willingness to treat HIV-infected patients. *Med Educ* 1998; 32(2): 121-26.
20. **Larson E, Killen M.** Factors influencing handwashing behavior of patient care personnel. *Am J Infect Control* 1982; 10(3): 93-99.
21. **Bartzokas CA, Slade PD.** Motivation to comply with infection control procedures. *J Hosp Infect.* 1991; 18(Suppl A): 508-14.
22. **Larson EL, Bryan JL, Adler LM, Blane C.** A multifaceted approach to changing handwashing behavior. *Am J Infect Control* 1997; 25(1): 3-10.
23. **Voss A, Widmer AF.** No time for washing? Handwashing versus alcoholic rub: can we afford 100% compliance? *Infect Control Hosp Epidemiol* 1997; 18(8): 205-8.
24. **Polít-Hungler.** Investigación científica en ciencias de la salud. 5ta ed. Mexico DF: McGraw-Hill Interamericana; 2002.

Correspondencia. Regina Rivera D. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna. Dirección: Jr. Blondet s/n, Tacna. Perú. Correo electrónico: rerivela@hotmail.com