

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MUJERES EN EDAD
FÉRTIL Y GESTANTES SOBRE CUIDADOS PERINATALES Y MORTALIDAD
PERINATAL EN LA COMUNA 8 DE NEIVA 2007**

**DIANA CAROLINA CÁCERES VÁSQUEZ
MANUEL ALEJANDRO BUITRAGO MEJÍA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA – HUILA
2007**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MUJERES EN EDAD
FÉRTIL Y GESTANTES SOBRE CUIDADOS PERINATALES Y MORTALIDAD
PERINATAL EN LA COMUNA 8 DE NEIVA 2007**

**DIANA CAROLINA CÁCERES VÁSQUEZ
MANUEL ALEJANDRO BUITRAGO MEJÍA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al Título de MEDICO
Y CIRUJANO.**

**Asesor Metodológico
Dr. Gilberto Mauricio Astaiza
Especialista en Epidemiología**



**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA – HUILA
2007**

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Noviembre de 2007

Claro esta que plantear una situación,
describir una realidad no es suficiente para resolver un problema.
Pero no es menos cierto que ninguno se solucionará seriamente
Sin el conocimiento objetivo de los elementos en los que se base”.

CAMILO TORRES

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a todas las personas quienes se merecen tener una familia segura, a quienes han hecho lo posible por lograr sus expectativas en la vida, a quienes no se quedan sentados esperando a que la vida les de, sino que buscan su camino, una forma de querer, amar y adorar este don, esta bendición, la bendición de vivir y a todas aquellas personas que hicieron posible que hoy este donde estoy; gracias.

Diana Carolina
Manuel Alejandro

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A todas las madres comunitarias quienes participaron en el estudio, gracias por hacer de este trabajo un espacio para disfrutar de sus conocimientos, sus experiencias

A la FUNDACIÓN ECOLÓGICA Y SOCIAL LA ESPERANZA por permitir conocer a estas madres comunitarias, por darnos la oportunidad de trabajar con ellos, por colaborarnos y también por participar, sin ustedes sería imposible lograr lo que hemos logrado y además,

A aquellos que siempre me han colaborado (Jimenita, Yaya, Sonia y Leo).

A todos mil gracias..

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	19
1. ANTECEDENTES	20
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
2.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA	23
2.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	26
2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	29
3. JUSTIFICACIÓN	30
4. OBJETIVOS	33
4.1 OBJETIVO GENERAL	33
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
5. MARCO TEÓRICO	34
5.1 DEFINICIONES	36
5.1.1 Muerte Perinatal	36
5.1.2 Prevención preconcepción	36
5.1.3 Prevención perinatal	36
5.2 FORMAS DE CUIDADO Y PREVENCIÓN	36

	pág.	
5.2.1	<i>Preconcepcional. Ácido fólico preconcepcional</i>	36
5.2.2	Prenatal	38
5.2.3	Parto	44
5.2.4	Postnatal	44
5.2.5	Políticas nacionales e internacionales	44
6.	DISEÑO METODOLÓGICO	50
6.1	TIPO DE ESTUDIO	50
6.2	ÁREA DE ESTUDIO	50
6.3	POBLACIÓN	50
6.4	TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	50
6.5	INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	50
6.6	PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS O TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	51
6.7	CONSIDERACIONES ÉTICAS	51
7.	RESULTADOS	52
8.	DISCUSIÓN	65

	pág.
9. CONCLUSIONES	70
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXOS	76

LISTA DE TABLAS

		pág.
Tabla 1.	Mortalidad perinatal por características seleccionadas	25
Tabla 2.	Distribución de la mortalidad perinatal por comuna y edad de la gestante, Neiva 2005	27
Tabla 3.	Distribución por causa de mortalidad perinatal y edad de la gestante, Neiva 2005	28
Tabla 4.	Causas de mortalidad perinatal, Neiva 2006	28
Tabla 5.	Distribución por rangos de edad de las mujeres incluidas en el estudio	52
Tabla 6.	Distribución de la muestra según cobertura de aseguramiento	53
Tabla 7.	Distribución de la muestra según ubicación geográfica	53
Tabla 8.	Distribución de la muestra por grado de escolaridad	54
Tabla 9.	Distribución de la muestra según número de embarazos, partos, cesáreas y abortos	54
Tabla 10.	Distribución de las muertes perinatales por número de casos	55
Tabla 11.	Distribución de muertes diferentes a la perinatal por número de casos	55

		pág.
Tabla 12.	Distribución de mujeres que conocen o desconocen si existen medicamentos que beneficien la gestación	56
Tabla 13.	Distribución de mujeres que de alguna forma han adquirido información o apoyo sobre planificación familiar	56
Tabla 14.	Distribución de mujeres que reconocen haber recibido o no información sobre sexualidad	57
Tabla 15.	Distribución de mujeres que conocen los programas de vacunación	57
Tabla 16.	Distribución de mujeres quienes conocen la existencia de los controles prenatales	57
Tabla 17.	Distribución de mujeres que saben los riesgos y beneficios de los ejercicios profilácticos durante la gestación	58
Tabla 18.	Porcentaje de mujeres que conocen la importancia de ciertos alimentos durante la gestación	58
Tabla 19.	Porcentaje de mujeres que reconocen que cigarrillo es nocivo para la salud de la gestante y su fruto	59
Tabla 20.	Mujeres que reconocen que existen medicamentos que le hacen daño al feto durante la gestación	59
Tabla 21.	Mujeres que reconocen que el consumo de alcohol puede hacerle daño al fruto de la gestación	59

	pág.
Tabla 22. Distribución de mujeres que reconocen la existencia de trabajos que pueden hacerle daño al bebé	60
Tabla 23. Porcentaje de mujeres que reconocen por qué se mueren los niños antes de nacer	60
Tabla 24. Porcentaje de mujeres que consumen suplementos vitamínicos durante la gestación	61
Tabla 25. Porcentaje de mujeres que planifican	61
Tabla 26. Porcentaje de mujeres quienes tienen su esquema de vacunación completo	62
Tabla 27. Porcentaje de mujeres quienes asisten o asistieron a controles durante la gestación	62
Tabla 28. Porcentaje de mujeres quienes fuman durante la gestación	62
Tabla 29. Mujeres quienes han consumido alcohol durante la gestación	63
Tabla 30. ¿Asiste o asistió a programas o cursos sobre cómo darle leche de seno a su recién nacido?	64
Tabla 31. ¿Le da o le ha dado leche de seno a su hijo o sus hijos durante 6 meses sin darle otro alimento?	64
Tabla 32. ¿Asiste o asistió a programas de educación para las mujeres que van a ser o que ya son madres?	64

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Presupuesto	77
Anexo B. Cronograma de actividades	78
Anexo C. Prueba Piloto	79
Anexo D. Instrumento	82

RESUMEN

Los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres durante la etapa perinatal, juegan un papel determinante en el resultado final del embarazo. Es necesario conocer la manera en que nuestra población lleva a cabo los cuidados perinatales, ya que esta etapa es la más importante y complicada de llevar por la mujer. Este conocimiento nos permite orientar de una mejor manera las intervenciones educativas, y dirigir las hacia objetivos claros que logren modificar los factores de riesgo relacionados con esta etapa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio de tipo observacional descriptivo de corte que analiza, mediante la entrevista estructurada con las usuarias de los grupos FAMIL de la comuna 8, las características de las condiciones actuales sobre los cuidados perinatales, las prácticas y las actitudes frente al problema de estudio en el período de julio a noviembre de 2007

Se tomaron los datos de un instrumento elaborado para tal fin en el que las mujeres en edad fértil y algunas gestantes demostraron sus conocimientos y prácticas en el período perinatal. Posteriormente se tabuló electrónicamente por medio del programa estadístico Epi-Info 2005 y Microsoft Excel.

RESULTADOS

Se aplicaron 150 instrumentos, de los cuales fueron analizados 120, encontrando los siguientes resultados:

35% han presentado por lo menos un caso de mortalidad perinatal; 55.8% desconocen cuales son los medicamentos necesarios para las mujeres en embarazo y el 45.8% no estaban utilizando ningún método de planificación.

El 39.2% de la muestra conoce de la existencia de controles prenatales, el 65% de las mujeres asiste o asistió a controles prenatales; el 69.2% del grupo muestral desconocen cuales son los alimentos que se deben consumir durante el embarazo; el 81.7% de las mujeres son conscientes de que el consumo de cigarrillo es perjudicial durante el embarazo; aun así, el 21.7% de la muestra fuma.

El 77.5% de las mujeres encuestadas sabe que existen algunos medicamentos son nocivos y que no deben ser consumidos durante el embarazo por sus posibles consecuencias letales sobre el producto de la gestación, sin embargo sigue siendo amplio el porcentaje de mujeres que no tienen conocimientos sobre este aspecto (22.5%).

Un 22.5% no tenían conocimientos acerca de que el consumo de alcohol es nocivo durante la gestación y a pesar del desconocimiento acerca de este factor de riesgo, cuando se les interrogó acerca de si habían consumido alcohol durante alguna gestación, solamente el 6.7% respondió positivamente. 68.3% desconocen por qué ocurren las muertes perinatales, el 6.7% de las madres encuestadas recibió algún tipo de formación sobre la lactancia materna y tan solo el 44.2% practicó la lactancia materna exclusiva.

CONCLUSIÓN

La falta de educación en salud, y especialmente en cuanto a cuidados prenatales que llevan, indirectamente, a elevar las tasas de mortalidad perinatal en las poblaciones con características sociodemográficas específicas, es un factor de riesgo claramente identificable y modificable, como lo demuestra este estudio y

otros que concluyen que el nivel educativo asociado a otros factores contribuyen significativamente a elevar estas tasas.

Palabras claves: educación en salud, actitud, conocimientos, prácticas, cuidados perinatales, mortalidad perinatal.

ABSTRACT

The knowledge, attitudes and practices of women during the perinatal stage, play a decisive role in the final outcome of pregnancy. We need to know how our population conducts perinatal care, as this stage is the most important and complicated lead by women. This knowledge allows us to a better way of guiding educational interventions and direct them to achieve clear objectives modify the risk factors associated with this stage.

MATERIALS AND METHODS

This is a descriptive study of observational type of court that examines, through structured interview with the user FAMILI's groups the commune 8, the characteristics of the current conditions on perinatal care, practices and attitudes to the problem of study in the period from July to November 2007

It took data from an instrument developed for this purpose in which women of childbearing age, pregnant women and some showed their knowledge and practices in the perinatal period. Subsequently tabulated electronically by means of statistical program Epi-Info 2005 and Microsoft Excel.

RESULTS

We applied 150 instruments, which were analyzed 120, finding the following results:

35% have made at least one case of perinatal mortality; 55.8% unaware which are the necessary medicines for women in pregnancy and 45.8% were not using any method of planning.

The 39.2% of the sample aware of the existence of antenatal checks, 65% of women attending antenatal checks or attended; 69.2% of the sample group whom are unaware of the food to be consumed during pregnancy; 81.7% women are aware that of cigarette smoking is harmful during pregnancy; yet, 21.7% of the sample smokes.

The 77.5% of the women surveyed knew that there are some drugs are harmful and should not be used during pregnancy because of their possible deadly consequences on the proceeds of gestation, however remains widespread, the percentage of women who have no knowledge about this aspect (22.5%).

A 22.5% had no knowledge that alcohol consumption during pregnancy is harmful and despite the ignorance about this risk factor, when they were questioned about whether they had consumed some alcohol during pregnancy, only 6.7% responded positively. 68.3% do not know what happen perinatal deaths, 6.7% of mothers surveyed received some form of training on breastfeeding, and only 44.2% practiced exclusive breastfeeding.

CONCLUSION

The lack of health education, especially in terms of perinatal care that lead indirectly to higher rates of perinatal mortality in populations with specific sociodemographic characteristics, is a risk factor clearly identifiable and modifiable, as shown by this study and others conclude that the educational level associated with other factors contribute significantly to raising these fees.

Keywords: health education, attitude, knowledge, practices, perinatal care, perinatal mortality.

INTRODUCCIÓN

La salud es un fenómeno que trasciende las fronteras de los estados, de ahí que los organismos internacionales que tienen una acción importante en el sector salud, definan por concertación de los representantes de los países, políticas, metas y estrategias hacia el logro de mejores condiciones de vida para la población mundial y por consiguiente mejores condiciones sociales para el mantenimiento de una vida sexual y reproductiva que nos permita prevenir adecuadamente la mortalidad materna y perinatal.

Es por lo anterior que se han creado diversas estrategias, determinadas por las condiciones socioeconómicas de cada país, y según se entienda y se planee sus estrategias de gobierno para mantener adecuadas condiciones de vida que permitan mantener un estado de salud integral y obtener el conocimiento necesario para prevenir enfermedades, entender la ocurrencia de estas y crear conciencia en los aspectos socioculturales que intervienen en su desarrollo.

La mortalidad materna y perinatal son indicadores epidemiológicos que miden indirectamente el desarrollo sociocultural de una nación, por todos los factores que están relacionados con la ocurrencia de estos eventos. Los estudios realizados hasta el momento demuestran que factores como la baja escolaridad, el bajo nivel socioeconómico y condiciones básicas insatisfechas están relacionados con un aumento de la mortalidad perinatal. De igual manera hay factores de riesgo modificables, que con intervenciones educativas apropiadas, dejarían de contribuir al aumento de los resultados adversos al final del embarazo.

Los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres durante la etapa perinatal, juegan un papel determinante en el resultado final del embarazo. Es necesario conocer la manera en que nuestra población femenina lleva a cabo los cuidados perinatales, ya que esta etapa es la más importante y complicada de llevar por la mujer. Este conocimiento nos permite orientar de una mejor manera las intervenciones educativas, y dirigir las hacia objetivos claros que logren modificar verdaderamente los factores de riesgo relacionados con esta etapa

1. ANTECEDENTES

Los diferentes estudios realizados acerca de conocimientos, actitudes y prácticas sobre diferentes aspectos relacionados con cuidados preconcepcionales, prenatales y perinatales, coinciden en varios hallazgos que van a influir directa o indirectamente sobre los índices de mortalidad de la población infantil. De esta manera se ha visto como los factores culturales, marginación económica, desempleo, acceso limitado a la educación, violencia familiar, la subordinación de la mujer al hombre, y el acceso limitado a servicios de salud intervienen en decisiones acerca de la planificación familiar y las ETS¹.

Así mismo en diferentes estudios se han asociados los factores de riesgo psicosociales durante el periodo antenatal y los resultados adversos del posparto en la familia, generando estos, morbilidades en el posparto².

La ignorancia de la población con respecto a conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la salud sexual y reproductiva, ha contribuido a aumentar la morbimortalidad infantil y perinatal; en un estudio que realizó la Universidad de Georgetown en Bolivia se determinó que la edad promedio de inicio de la actividad coito-genital es 16 años. 97% de las mujeres no llevan un control adecuado de la duración del ciclo menstrual. 77% de las encuestadas no sabe identificar los días fértiles del ciclo menstrual. 63% conoce o ha oído hablar de las principales enfermedades sexuales. En 56% de los casos no existe diálogo entre la pareja sobre el deseo de tener un/a hijo/a. 91% desea conocer sobre métodos de regulación voluntaria de la fecundidad.

También se ha identificado el desconocimiento de los factores de riesgo en la salud reproductiva de las mujeres en edad fértil en Bolivia. El 56.8% de las mujeres consideran que la preclampsia no es un riesgo sino todo lo contrario, es considerada una señal de que el embarazo está bien y que no hay ninguna complicación. El 43.2% reconoce que se trata de un riesgo que puede llevar a la mujer a la muerte o provocar bajo peso en el recién nacido. Las mujeres que tienen antecedentes gineco-obstétricos de riesgo son quienes menor conocimiento tienen sobre el tema. Asimismo, tienen menor conocimiento las jóvenes de 15 a 20 años. 65% de las mujeres en edad fértil nunca ha escuchado hablar sobre los riesgos en la salud reproductiva³.

¹ Castro, Maria Dolores. 1995-96.

² LM, Wilson. Metaanálisis. 1996.

³ Condori Guerra, Teresa. 1998

En un estudio que realizó Fernández Sordo en la Habana Cuba en el 2004 en el cual encuesta a 147 mujeres en edad fértil, se concluye que la tercera parte de las encuestadas tenían un mal conocimiento del riesgo preconcepcional y que existe relación entre el conocimiento del riesgo preconcepcional según edad, nivel escolar y presencia de riesgo.

La educación en instituciones escolares acerca de salud y reproducción humanas es un pilar importante en la lucha contra la ignorancia de nuestras poblaciones acerca de estos temas que muchas veces son considerados tabúes. Pero esta educación es limitada y deficiente, ya que la mayoría de los estudiantes consideran que lo aprendido en el colegio en realidad es muy poco. Los temas mas tratados en las instituciones son la reproducción de los seres vivos, las enfermedades de transmisión sexual, la planificación familiar y las relaciones sexuales prematrimoniales. De la mitad de las personas en edad escolar que sostienen relaciones sexuales, solamente la mitad utiliza algún método anticonceptivo⁴.

Los familiares y personas que rodean a la mujer embarazada juegan un papel determinante en la formación de un ambiente propicio para el adecuado cuidado durante el embarazo y el bienestar psicosocial de la mujer. De esta manera, en un estudio en el cual se aplicó un cuestionario a madres de adolescentes embarazadas, previamente educadas en salud perinatal, se observó que la dinámica familiar se modificó favorablemente en 88% los casos a raíz de la educación en estos temas⁵.

En países como Cuba, en la consulta de planificación familiar se educa a las pacientes acerca de los principales factores de riesgo reproductivos preconcepcional, con el objetivo de modificar en la población más vulnerable estos factores de riesgo. Prendes Labrada realizo en la Habana Cuba un estudio para evaluar la influencia de la consulta medica familiar sobre las mujeres clasificadas como riesgo reproductivo preconcepcional, y encontró que los factores de riesgo reproductivo preconcepcional más frecuentes fueron la desnutrición (26,5 %), menos de 2 años desde el último parto (21 %) y edad menor de 18 años (19,5 %).

El nivel de conocimientos sobre sus factores de riesgo y cómo modificarlos se incrementó después de la intervención educativa hasta un 60 %, pero la mayoría de ellas no modificó ninguno de los factores de riesgo que eran modificables. Se concluyó que la consulta de Planificación Familiar influyó poco en el control del riesgo reproductivo preconcepcional, y que el incremento del nivel de conocimientos sobre sus factores de riesgo no determinó su modificación.

⁴ Coca, Walter. 1999

⁵ Ortigosa Corona, Eduardo. 2001

La inasistencia a controles prenatales también constituye un factor de riesgo asociado a la morbimortalidad infantil y perinatal. Factores sociales como el domicilio lejano a los centros prestadores de servicios de salud, el desempleo, el desconocimiento de la importancia del control prenatal y el ambiente inadecuado de la consulta, se han relacionado con la inasistencia a los controles prenatales en poblaciones venezolanas⁶. La asistencia a la consulta preconcepcional y cuidados relacionados con el embarazo, se ha relacionado con una disminución de la tasa de mortalidad neonatal⁷.

Finalmente, se ha demostrado que las intervenciones educativas aumentan el nivel de conocimiento de la población sobre riesgo reproductivo preconcepcional, pero como se ha mencionado antes, la adquisición del conocimiento no garantiza la modificación de los factores de riesgo modificables por parte de la población. En un estudio realizado por Martines Ondarza en Valledupar entre el 2005 y el 2006, realizaron una intervención educativa sobre riesgo reproductivo preconcepcional a 540 mujeres entre los 15 y 49 años, y la evaluación posterior mostró un aumento considerable en el nivel de conocimientos en el grupo de estudio. Se elaboraron recomendaciones para incrementar el trabajo de orientación y consejería por parte del personal de salud, dándole participación a la comunidad, a la pareja y a la familia, con el objetivo de promover comportamientos saludables y concebir el embarazo en el momento más oportuno.

⁶ Faneite a, pedro. 2001

⁷ Manandhar ds. 2004

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

Los conocimientos, actitudes y prácticas de la población femenina en edad fértil acerca de los cuidados prenatales y la mortalidad perinatal, son desconocidos en nuestro medio porque aún no se han realizado estudios en las comunidades que investiguen las diferentes maneras en que nuestras embarazadas cuidan a sus bebés en la etapa prenatal. Los cuidados prenatales están encaminados a disminuir los resultados adversos al final del embarazo, entre ellos la mortalidad materna y perinatal, por esta razón es importante que las madres fértiles y gestantes tengan un adecuado conocimiento de estos para que pueden modificar factores de riesgo e identificar signos de alarma que requieran una rápida intervención.

En nuestro medio las campañas educativas que enseñan a la población acerca de temas de salud reproductiva, no llegan a toda la población, aunado a esto no todas nuestras gestantes acuden a los controles prenatales y no tienen la oportunidad de recibir las pautas adecuadas para el cuidados durante el embarazo.

En muchas ocasiones el “saber popular” prima sobre el conocimiento científico, y esto lleva a prácticas durante el embarazo que pueden ser perjudiciales tanto para el fruto como para la madre, sobre todo en las primigestantes jóvenes, en quienes la falta de experiencia las hace más influenciadas a prácticas basadas en el saber popular. Otro ejemplo de esta situación es el de la población del área rural que no acuden a los servicios de salud a la hora del parto, sino que prefieren ser atendidas por parteras que no pueden ofrecer todas las garantías asistenciales ante cualquier complicación tanto para el neonato como para la madre.

La actitud de la mujer frente a su embarazo es un factor que se ha relacionado con la calidad de la relación madre-hijo posterior al nacimiento; de esta manera, los niños fruto de embarazos no deseados son mas susceptibles de ser abandonados o de sufrir maltrato o malos cuidados en sus primeros años de vida. Además de esto los embarazos no deseados se relacionan con un mayor numero de abortos y malos cuidados prenatales por parte de la madre gestante, esta situación es agudizada por el deterioro social y cultural de nuestras poblaciones en las que es frecuente ver mujeres gestantes recién entradas a la adolescencia temprana las cuales no están preparadas ni física ni psicológicamente para afrontar la responsabilidad de traer a una nueva persona al mundo.

La mortalidad perinatal a nivel mundial se ha tomado como un indicador universal de desarrollo de una sociedad, además de indicador de calidad y facilidad de acceso a los servicios de salud. De mucho tiempo atrás ha sido preocupación de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y diversas instituciones nacionales dedicadas a los cuidados de la salud, vigilar y evaluar el comportamiento de este indicador mediante el análisis de sus dos componentes: la mortalidad fetal y la neonatal, así como la tendencia en el tiempo de cada una de éstas y cómo cada uno impacta en la tasa de mortalidad perinatal.

Se han descrito muchos factores de riesgo en relación a los altos índices de mortalidad perinatal, entre ellos el nivel de educación de las mujeres gestantes, esto se refleja en un aumento de cinco veces del riesgo de mortalidad perinatal para las mujeres sin ningún tipo de educación en relación con las mujeres con estudios universitarios.

En la encuesta nacional de demografía y salud 2005 se ha evidenciado que factores como nivel socioeconómico bajo, periodo intergenésico corto, bajo nivel de escolaridad de los padres, madre analfabeta, edad de la madre al nacimiento y lugar de procedencia rural, muestran mayor riesgo de mortalidad perinatal. (Ver Tabla 1).

Es de esperarse que la eliminación de los factores de riesgo tienda a disminuir el número de niños fallecidos en esta etapa, es por esta razón que en los países del primer mundo estos índices son mucho más bajos, ya que los programas de prevención están encaminados a mejorar el nivel de educación en salud de la población en general.

En el plan de choque para la reducción de la morbi-mortalidad materno-perinatal en el municipio de Neiva se exponen tres demoras o retrasos en la atención materna que aumentan el riesgo de muerte e influyen directamente en los resultados que se obtienen tanto en el estado de la madre como en el del hijo/a.

Estas tres circunstancias se han identificado así: retraso en reconocer los signos y síntomas de complicaciones, retraso para acudir a la institución de salud cuando la gestante presenta complicaciones y retraso en la prestación de los servicios de urgencias en las mismas instituciones de salud.

Consecuentemente, para reducir estos riesgos se recomiendan cuatro acciones: proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias reconozcan los signos de peligro, proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias decidan buscar atención, proporcionar las herramientas para que las

mujeres obtengan la atención adecuada y asegurarse que las mujeres reciban atención adecuada en las instituciones de salud.

Tabla 1. Mortalidad perinatal por características seleccionadas

CARACTERÍSTICA	TASA DE MORTALIDAD PERINATAL
Edad de la madre al nacimiento	
< 20	15
20 – 29	15
30 – 39	18
40 - 49	47
Intervalo del embarazo anterior en meses	
Primer embarazo	13
<15	31
15 – 26	18
27 – 38	21
> 39	15
Zona	
Urbana	14
Rural	22
Educación	
Sin educación	29
Primaria	20
Secundaria	14
Superior	12
Índice de riqueza	
Mas bajo	27
Bajo	16
Medio	18
Alto	7
Mas alto	8
TOTAL	17

Es interesante analizar que las dos primeras herramientas planteadas para reducir el riesgo están directamente relacionadas con el nivel de conocimientos de las maternas y las personas que las rodean, acerca de los signos y síntomas que ponen en peligro la vida de la gestante y de su hijo/a. Las otras dos herramientas están relacionadas con la calidad de prestación de los servicios de salud.

Es importante resaltar que previo al embarazo existen medidas altamente efectivas para disminuir la mortalidad materna-perinatal. Éstas se enfocan en garantizar el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no planeados, retrasar la maternidad y espaciar los nacimientos, previniendo las complicaciones de los abortos y de los embarazos no planeados y de alto riesgo. Esta forma de prevención es la más sencilla, precoz y de las más efectivas para reducir el riesgo de las mujeres en edad fértil y su base son las campañas educativas que muchas veces escandalizan a las madres de las escolares y bachilleres.

Se han planteado diferentes planes para disminuir tanto la mortalidad materna como perinatal, a nivel nacional y local; estos planes valoran los diferentes factores de riesgo desde un ámbito biopsicosocial para tratar de detectar de una manera precoz las poblaciones más susceptibles. Así mismo se han desarrollado planes educativos encaminados a informar a la población para promover mejores condiciones y prácticas saludables para la concepción y la gestación. Estos se basan en datos estadísticos que nos revelan los principales factores de riesgo asociados (ej. Edad, paridad,).

2.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.

La mortalidad perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en la población infantil. Estas muertes son consideradas indicadores universales de la calidad de los servicios de salud y de las condiciones de vida.

Mejorando las condiciones de educación y de salud de la mujer se puede influir positivamente sobre el resultado de sus embarazos. Pero lo que está fuera de toda discusión es que posibilitando el acceso cultural, económico y geográfico a los servicios de salud de buena calidad, que realicen la detección temprana del riesgo, se pueda reducir sustancialmente el número de muertes, a través de la atención prenatal, la disponibilidad de elementos esenciales para el cuidado obstétrico y el suministro de información apropiada para la prevención de los embarazos no deseados.

En Neiva la mortalidad perinatal para el año 2005 registro 78 casos de los cuales 29 (37.2%) corresponden al género masculino y 49 (62.8%) al femenino. Según el régimen de seguridad social, al régimen subsidiado corresponden 25 (32%) casos, al régimen contributivo 21 (26.9%), vinculados o no asegurados 19 (24.4%), sin

dato 7 (9%), para otros regimenes, ningún régimen y particulares cada uno con 2 (2.6%) casos⁸.

En la Tabla 2 observamos la distribución de la mortalidad perinatal en Neiva por comuna y edad de la gestante en el año 2005; es importante resaltar que la comuna 8 aportó el mayor número de muertes perinatales a la incidencia total, además el rango de edad donde se presentan más muertes perinatales es el de 19 a 35 años.

Tabla 2. Distribución de la mortalidad perinatal por comuna y edad de la gestante, Neiva 2005

Comuna	< 18 años	19 a 35 años	> 36 años	Total
8	3	6	2	11
5	2	8	0	10
Sin dato	0	8	1	9
6	2	5	1	8
1	2	4	1	7
10	1	4	1	6
9	2	3	1	6
3	1	2	2	5
7	1	4	0	5
4	1	2	1	4
14	0	2	0	2
13	1	1	0	2
2	1	1	0	2
11	0	1	0	1
Total	17	51	10	78

La Tabla 3 muestra la distribución según la causa de la mortalidad perinatal y la edad de la gestante; se observa que la principal causa de mortalidad perinatal en Neiva en el año 2005 fué la insuficiencia placentaria la cual se presentó predominantemente entre los 19 y los 35 años. En la tabla 3 se observa cómo la tasa de mortalidad perinatal durante los años 2000 a 2005 en el municipio de Neiva muestra una tendencia progresiva al aumento con un punto máximo en el

⁸ MONTERO GARCÍA, Yanid Paola y Col. *BOLETIN EPIDEMIOLOGICO*. Alcaldía de Neiva. Secretaria de salud municipal. Volumen 12. Neiva – Huila. 2006

año 2003 con 14.5 muertes por 1000 nacidos vivos con un descenso para el año 2004 y un nuevo aumento a 12.9 en el 2005⁹.

Tabla 3. Distribución por causa de mortalidad perinatal y edad de la gestante, Neiva 2005

CAUSAS	< 18 años	19 a 35 años	> 36 años	TOTAL
Insuficiencia placentaria	6	10	2	18
Hipoxia	1	8	2	11
Síndrome dificultad respiratoria del RN	2	3	0	5
Anoxia in útero	1	1	2	4
Septicemia (shock séptico)	1	2	0	3
Infección respiratoria aguda	0	3	0	3
Sepsis neonatal temprana	1	2	0	3
Sufrimiento fetal	0	2	1	3
Hipoxia cerebral	1	0	1	2

Para el año 2006 la insuficiencia placentaria continúa ocupando el primer lugar como causa de mortalidad perinatal, seguida muy de cerca por la prematuridad como se puede observar en la tabla 4.

Tabla 4. Causas de mortalidad perinatal, Neiva 2006

DIAGNOSTICO	CASOS
Insuficiencia placentaria	23
Recién nacido pretermino	22
Malformaciones congénitas	12
Ruptura prematura de membranas	10
Restricción del crecimiento intrauterino	2
Preeclampsia	2
Oligohidramnios	2
Sufrimiento fetal agudo	2
Sepsis	1
Síndrome de dificultad respiratoria	1
Torsión de cordón	1

⁹ MONTERO GARCÍA, Yanid Paola y Col. *BOLETIN EPIDEMIOLOGICO*. Alcaldía de Neiva. Secretaria de salud municipal. Volumen 12. Neiva – Huila. 2006

Las causas básicas tienen importancia en la definición de un perfil de mortalidad que permita desarrollar programas de salud con diseño tipo de intervenciones que resuelvan los problemas prevalentes de la comunidad en el marco de la promoción y prevención de la salud. Las causas directas se pueden relacionar con la atención clínica. Su categorización permite el uso racional de los recursos físicos y del factor humano en una atención pronta y adecuada.

La falta de educación en salud es una causa importante de las principales patologías prevalentes en nuestra población que eventualmente pueden llevar a que las tasas de mortalidad por estas, progresivamente aumenten sino se establecen programas serios de educación en salud.

Para interés de esta investigación, se busca saber cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas que tiene la población respecto a los cuidados prenatales y mortalidad perinatal; la población susceptible a ser estudiada es, principalmente las mujeres en edad fértil, maternas, madres que participan de programas de acción comunitaria, mujeres líderes y capaces de promover ideas de educación a una población susceptible que incluya todos los géneros, las razas, los grupos étnicos y que mancomunadamente se planteen estrategias para mejorar los programas ya establecidos o replantearlos totalmente. Toda la población que participa del estudio reside en la comuna 8 del municipio de Neiva, será un número significativo, que represente a los sectores susceptibles.

2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en edad fértil y gestantes sobre cuidados prenatales y mortalidad perinatal en la comuna 8 de Neiva?

3. JUSTIFICACIÓN

Según la OMS cada año mueren en el mundo 10.6 millones de niños, el 40% de ellos durante el primer mes de vida. Casi todas esas muertes se producen en países en desarrollo, y muchas se podrían evitar con sólo ampliar la disponibilidad de intervenciones bien conocidas¹⁰.

En la población neivana hasta el momento no se han realizado estudios que evalúen los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en edad fértil y gestantes con respecto a los cuidados perinatales y la mortalidad perinatal, esto, aunado al incremento de las tasas de mortalidad materna y perinatal que se han visto últimamente en los boletines epidemiológicos, plantea la necesidad de hacer este tipo de estudio en Neiva.

Los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en edad fértil y gestantes sobre cuidados perinatales y mortalidad perinatal, están influenciados por diversos aspectos que hay que tener en cuenta a la hora de evaluarlos. Las diferentes culturas de una población heterogénea como la nuestra, ven de una manera diferente la concepción de la vida. En algunas de nuestras culturas las costumbres transmitidas de generación en generación como saber popular, abarcan también algunas formas de cuidados y mitos acerca de las mujeres gestantes.

El panorama también cambia totalmente entre las diferentes clases sociales y estratos socioeconómicos dentro de una población; pero sin lugar a dudas, la población más vulnerable es la de los estratos socioeconómicos más bajos.

Finalmente la educación en salud que recibe la población con respecto a estos temas no modifica realmente los factores de riesgo que pretende modificar. Por todo lo anterior, es importante saber de qué manera nuestra población femenina asume su gestación, cuáles son las prácticas que asume durante la misma, y que conocimientos tienen acerca de los cuidados prenatales que puedan ayudar a disminuir las tasas de mortalidad perinatal.

¹⁰ BLANK, Ann; WARDLAW, Tessa. *MONITORING LOW BIRT WEIGHT: AN EVALUATION OF INTERNATIONAL ESTIMATES AND AN UPDATED ESTIMATION PROCEDURE*. OMS. Bulletin of the World Health Organization. Pag 178-184. Marzo. 2005

La mortalidad perinatal se ha definido como uno de los indicadores del desarrollo social de los países y de la calidad de los sistemas de atención de salud. Teniendo en cuenta que desarrollo social abarca muchísimos aspectos dentro de los cuales se encuentra el nivel de educación de la población general, este pobre y lento desarrollo social de nuestro país, se ve reflejado en nuestras tasas de mortalidad perinatal, las cuales ascienden a 24 por 1000 nacidos vivos y supera de lejos a todos los países europeos y a Cuba, que siendo un país tercermundista mantiene las tasas de mortalidad perinatal mas bajas en Latinoamérica.

Según el centro para la población y salud familiar de la Universidad de Columbia, en 1997 los niveles de mortalidad infantil eran, en promedio, 10 veces mayores en países en desarrollo que en los desarrollados¹¹.

Es bien sabido que la educación es un punto clave; si se fortalece el nivel de educación de la población se van disminuir estos índices exageradamente altos en el país, en otras palabras, la educación es la mejor prevención y la prevención es la medicina del presente.

Colombia tenía en el año 2000 una población en edad escolar (3 a 16 años) de 12 millones 609 mil 299 personas. La tasa de escolarización a nivel nacional, sigue siendo baja en los niveles de preescolar y secundaria, en razón a la extra-edad que se presenta en todos los niveles. Al analizar por regiones y por niveles, se encuentra que gran número de departamentos distan del promedio nacional, en ocasiones ubicándose por debajo del 50% de éste.

Así como el nivel de educación general de la población es bajo, también lo es el nivel de educación en salud y son muchos los factores que contribuyen a esto: es de resaltar dentro de estos factores el enfoque curativo de la medicina actual que debe ser reemplazado por un enfoque preventivo; el poco apoyo que reciben los programas de promoción y prevención en Colombia; las malas técnicas educativas y de comunicación utilizadas por el personal de salud y muchas veces la poca voluntad o escasez de tiempo.

Es de vital importancia que los programas de promoción y prevención lleguen a las poblaciones más vulnerables, con más factores de riesgo y a los estratos socioeconómicos más bajos, y es también de igual importancia evaluar el impacto de estos programas educativos sobre la población. Básicamente, el impacto los programas de promoción y prevención se ve reflejado en la disminución de las

¹¹ Situación de Salud de las Américas - INDICADORES BASICOS 2002 - Programa Especial de Análisis de Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (Mortalidad Materna e Infantil). Disponible en internet: <http://www.clap.ops-oms.org>

tasas de las enfermedades prevalentes, pero en el caso de la mortalidad perinatal estas tasas no han disminuido a niveles por lo menos tolerables para el país.

Al evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de los cuidados prenatales y mortalidad perinatal que tienen las mujeres en edad fértil de la población estudio, se adquirirá una idea general de cuales son las capacidades y potencialidades de estas mujeres para evitar la morbi-mortalidad perinatal.

Además, este estudio permitirá identificar cuáles son los aspectos más débiles de la educación en prevención en salud perinatal, para así poder hacer recomendaciones sobre futuras intervenciones educativas.

La información obtenida también servirá para conocer indirectamente si el conocimiento adquirido a través de las campañas educativas ha sido satisfactorio y si han alcanzado los resultados esperados por los programas de educación en salud existentes en el medio.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de cuidados perinatales y mortalidad perinatal de las mujeres en edad fértil y mujeres gestantes que pertenecen al programa FAMI de la comuna 8 de Neiva en el año 2007.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar las características socio-demográficas de la población a estudio.

Establecer los conocimientos acerca de cuidados perinatales y mortalidad perinatal de la población a estudio.

Identificar las actitudes con respecto a cuidados perinatales y mortalidad perinatal en la población a estudio.

Determinar las prácticas relacionadas a los cuidados perinatales así como la historia obstétrica de las participantes.

5. MARCO TEÓRICO

La mortalidad perinatal en los países de América latina siempre ha sido motivo de preocupación de los principales entes de salud internacionales y nacionales, los cuales han creado estrategias que abarcan desde la prevención primaria, hasta el manejo asistencial oportuno para tratar de disminuir este importante índice en el cual muchas veces se ve reflejado el desarrollo social de una nación.

Las cifras de mortalidad infantil (primer año de vida) han disminuido claramente y la diferencia entre nuestras cifras y la de los países más desarrollados ha disminuido. Sin embargo 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 (primer mes de vida), aproximadamente el 60% de las muertes infantiles se producen en el primer mes de vida¹².

A pesar de ser considerada como un problema de salud pública, el cual amerita vigilancia epidemiológica, los altos índices de mortalidad perinatal al igual que muchas otras enfermedades prevalentes de los países latinoamericanos, dista mucho de ser solamente un problema de salud; hay que considerar los diferentes aspectos que de manera directa o indirecta contribuyen a aumentar las tasas de mortalidad como son los altos índices de pobreza de nuestras naciones. América latina es la región del mundo donde existen mayores inequidades en la distribución de las riquezas¹³.

La mayor carga de morbilidad y mortalidad se da en las poblaciones con menores recursos y es en ellos que debemos concentrar nuestros esfuerzos. Las diferencias en los indicadores de salud entre los sectores socioeconómicos mas altos comparados con los mas bajos son alarmantes y ello se debe no solo a las peores condiciones de estas poblaciones sino también a la menor concentración y calidad de las prestaciones de salud aun en las que concurren a recibir atención.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la ignorancia de la población general acerca de las medidas preventivas y de cuidado mínimo en salud que muchas veces evitarían muertes y consultas tardías.

¹² Situación de Salud de las Américas - INDICADORES BASICOS 2002 - Programa Especial de Análisis de Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (Mortalidad Materna e Infantil). Disponible en internet: <http://www.clap.ops-oms.org>

¹³ IRIART, Celia y col. MEDICINA SOCIAL LATINOAMERICANA: APORTES Y DESAFÍOS. Rev Panamericana de Salud Pública. 2002.

En este aspecto la cultura de salud de los sectores más pobres de la población Latinoamérica, se limita en muchas ocasiones a creencias populares que han sido transmitidas de generación en generación y que en su mayoría son prácticas inadecuadas que perjudican la salud de los más vulnerables; los niños.

Esta misma ignorancia es la que ha creado una gran resistencia por parte de las cabezas de familia hacia la educación sexual en escuelas y colegios, la cual ha demostrado ser un buen método educativo y de prevención en cuanto a transmisión de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. Aun así los embarazos no deseados representan el 60 a 70% de los embarazos, y el embarazo en adolescentes es superior al 20% de todos los embarazos¹⁴.

Teniendo en cuenta todo esto, cuando se trata de disminuir índices de mortalidad perinatal, necesariamente se debe hacer partiendo desde la prevención primaria y la educación de la población general en los aspectos que ayudan a disminuir la morbilidad para evitar el uso excesivo de los servicios asistenciales.

Así mismo, en la parte asistencial se deben tener guías claras de manejo de las diferentes patologías trazadoras en mortalidad perinatal. Los entes gubernamentales también deben comprometerse fortaleciendo los actuales programas de prevención y de asistencia a las madres gestantes y lactantes además de establecer una legislación clara que reglamente la atención prioritaria de las poblaciones afectadas.

En prevención en salud hay un campo muy grande para trabajar sobre mortalidad perinatal, las intervenciones pueden empezar desde los niños de 1 año de edad cuando se aplica la vacuna triple viral para prevenir el síndrome de rubéola congénita, continúan con una constante educación de la población escolar en salud reproductiva encaminada a evitar los embarazos no deseados y en adolescentes, en mujeres en edad fértil se incentiva el consumo de ácido fólico para prevenir los defectos del tubo neural, además de asegurar la aplicación de las vacunas pertinentes a esta población; en cuanto a las mujeres gestantes las campañas educativas están encaminadas al reconocimiento oportuno de signos de alarma, la asistencia estricta a todos los controles prenatales y la creación de grupos de apoyo a la mujer gestante; una vez que nace el niño, iniciativas como IIAMI y AIEPI, enseñan a las madres el adecuado cuidado de los niños recién nacidos y hasta los 5 años de edad.

¹⁴. LINEAMIENTOS PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA 2006 UNIDADES NOTIFICADORAS MUNICIPALES. 2005

5.1 DEFINICIONES¹⁵

5.1.1 Muerte Perinatal. Es la muerte del producto que alcanza un mínimo de 1000 gramos o 22 semanas de gestación y hasta los siete primeros días de vida. Están incluidas en esta investigación las muertes ocurridas en el período neonatal tardío (entre los 7 y los 28 días de vida) si la causa es atribuible a entidades o riesgos ocurridos en el período perinatal. Las defunciones del fruto antes de las 22 semanas de gestación no se consideran muertes perinatales.

Las causas básicas tienen importancia en la definición de un perfil de mortalidad que permita desarrollar programas de salud con diseño tipo de intervenciones que resuelvan los problemas prevalentes de la comunidad en el marco de la promoción y prevención de la salud. Las causas directas se pueden relacionar con la atención clínica. Su categorización permite el uso racional de los recursos físicos y del factor humano en una atención pronta y adecuada.

5.1.2 Prevención preconcepción. Es todo aquel proceso encaminado a evitar la aparición de un evento adverso relacionado con la concepción antes de que ella suceda. Incluye la promoción de la salud de la mujer en edad fértil, el establecimiento de una salud reproductiva satisfactoria y la planeación familiar para tener un hogar ideal.

5.1.3 Prevención perinatal. Son todas las medidas preventivas y de cuidado básico que se toman durante el período prenatal, parto y el primer mes después del nacimiento, encaminadas a evitar los eventos adversos que aumentan las tasas de mortalidad perinatal. Estas medidas incluyen cuidados generales como el adecuado balance nutricional de las mujeres gestantes, el suplemento con ácido fólico y educación permanente de las gestantes encaminadas a cambiar estilos de vida perjudiciales como el consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y el uso indiscriminado de fármacos que pueden ser perjudiciales para el fruto.

5.2 FORMAS DE CUIDADO Y PREVENCIÓN

5.2.1 Preconcepcional. Ácido fólico preconcepcional. Toda mujer en edad fértil debe consumir alrededor de 0,4 mg de ácido fólico o folatos, sin importar si planean o no tener hijos a futuro. Consumiendo ácido fólico se previenen el 72% de casos de espina bífida y otros defectos del tubo neural. El tomar ácido fólico cuando ya se sabe que está embarazada no les ayuda a prevenir la aparición de defectos del tubo neural en forma óptima. Su eficacia es mayor si las mujeres lo

¹⁵ Situación de Salud de las Américas - INDICADORES BASICOS 2002 - Programa Especial de Análisis de Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (Mortalidad Materna e Infantil). Disponible en internet: <http://www.clap.ops-oms.org>

toman desde un mes antes y hasta tres meses después de la gestación. Se debe brindar información a todas las mujeres acerca del ácido fólico. Aquellas mujeres que tienen hijos con defectos del tubo neural deben saber que tienen un riesgo aumentado de recurrencia en posteriores embarazos y se les debe ofrecer con ácido fólico de forma continua. Es necesario el aporte en multivitamínicos pues los cereales en las porciones recomendadas contienen hasta 0,1 mg por porción de ácido fólico y no es suficiente. La suplemento de folatos no aumenta la incidencia de abortos, embarazo ectópico ni muerte fetal, aunque puede haber aumento de embarazos múltiples¹⁶.

Asistencia en la planificación. Se les debe asegurar a todas las mujeres en edad fértil el acceso rápido y fácil a la información sobre todos los métodos de planificación disponibles en nuestro medio, además de brindar asesoría permanente sobre estos para facilitar la decisión acerca del método de planificación más conveniente en cada caso particular.

Salud reproductiva satisfactoria . Ésta se enfocan en garantizar el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no planeados, retrasar la maternidad y espaciar los nacimientos, previniendo las complicaciones de los abortos y de los embarazos no planeados y de alto riesgo, siempre en el contexto de la garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, en los que se enfatiza el derecho a la vida. Esta forma de prevención es la más sencilla, precoz y de las más efectivas para reducir el riesgo de las mujeres en edad fértil y su base son las campañas educativas que muchas veces escandalizan a las madres de las escolares y bachilleres.

Vacunas contra la rubéola antes de la concepción¹⁷. La rubéola es una enfermedad que contribuye en parte a la mortalidad perinatal. En los años en que esta enfermedad se presentó de manera epidémica (1964 – 1965) causó más de 20.000 casos de nacimientos con malformaciones congénitas solo en estados unidos, además de 10.000 abortos espontáneos y muchos mortinatos. Después de que se introdujo la vacuna contra la rubéola las cifras de síndrome de rubéola congénita disminuyeron considerablemente, haciendo de la vacunación la estrategia más efectiva para prevenir esta enfermedad.

Actualmente los esquemas de vacunación incluyen la vacuna contra la rubéola junto con la vacuna contra el sarampión y la parotiditis (triple viral o MMR). Es una vacuna replicativa y se aplica por vía subcutánea. La primera dosis se debe aplicar a los 12 meses, antes de esta edad los bebés todavía tienen en circulación

¹⁶ FAO/OMS/ONU: Necesidades de energía y proteínas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1985, disponible en internet: <http://www.nutricionmaternayperinatal.org>

¹⁷ GEOSALUD, abril de 2006. disponible en internet: <http://www.nacersano.org/rubeolayembarazo>

anticuerpos maternos que pueden interferir con la efectividad de la vacuna. La dosis de refuerzo se aplica entre 4 y los 6 años de edad. De esta manera se evita la propagación de la enfermedad en la población general e infantil previniendo así el contagio de mujeres gestantes.

Las mujeres en edad fértil que no tengan inmunidad contra la rubéola deben recibir la vacuna por lo menos tres meses antes de quedar embarazadas, aunque estudios recientes han demostrado que la aplicación de la vacuna 28 días antes del embarazo y aun durante el embarazo no se ha relacionado con casos de rubéola congénita.

La recomendación de no vacunar mujeres embarazadas contra la rubéola es para no asociar a la vacuna con complicaciones que eventualmente pueden ocurrir durante la gestación. Cuando una mujer gestante no es inmune contra la rubéola, debe evitar en lo posible el contacto con personas que tengan la enfermedad y posponer la vacunación hasta después del nacimiento. Los estudios actuales demuestran que no hay riesgo de transmisión de la enfermedad madre – hijo cuando la vacuna es aplicada a madres lactantesⁱ.

Es ideal conseguir una cobertura del 100% en el esquema de vacunación completo para las mujeres fértiles, especialmente las jóvenes.

5.2.2 Prenatal

Cuidados generales

- Ácido fólico periconcepcional
- Llevar un registro del embarazo asesorado y guiado por profesionales en obstetricia.
- Promover un programa de ejercicios prenatales como el método LAMAZE.
Suplemento calórico – proteico balanceado

Uno de los aspectos relevantes del control prenatal es el diagnóstico, evaluación y manejo de la condición nutricional de la mujer gestante. Es conocido el hecho de que el peso materno pregestacional y la ganancia ponderal durante la gestación influyen directamente sobre el peso fetal. Es así como el bajo peso y la obesidad materna se relaciona con recién nacidos pequeña y grande para la edad gestacional, respectivamente y son factores de riesgo para mortalidad perinatal.

El factor de riesgo nutricional materno es elevado en países en desarrollo. Los factores nutricionales maternos son los determinantes más importantes de retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) en países en desarrollo, estos factores por sí solos, son los responsables del 50% de las diferencias en la frecuencia de RCIU entre los países industrializados y en desarrollo.

En la mujer gestante se aprecia un aumento variable de todos los componentes nutricionales, lo cual implicaría un cambio de las características de su dieta o recibir suplemento de algunos nutrientes. Esto es discutible, ya que el embarazo, como una situación fisiológica, debiera compensar los mayores requerimientos con un aumento de la dieta habitual, siempre que ésta esté adecuadamente equilibrada. Sin embargo, en los países en desarrollo lo característico de la dieta promedio es un bajo componente calórico y proteico, de ahí la importancia de los programas nacionales de alimentación complementaria a las mujeres gestantes.

Calorías: Durante la gestación se produce un incremento del metabolismo anabólico, especialmente en el tercer trimestre. Esto está determinado por la presencia de feto y placenta en continuo crecimiento, aumento del trabajo mecánico externo dado por el mayor peso materno, aumento del trabajo mecánico interno dado por mayor uso de la musculatura respiratoria y del trabajo cardíaco. Todo esto implica un aumento del aporte calórico equivalente a un 13% de las necesidades pregestacionales.

El costo energético total del embarazo se estima en 80.000 kcal, equivalente a un aumento promedio de 286 kcal/día, distribuidas en 150 kcal/día en el primer trimestre y 350 kcal/día en el segundo y tercer trimestre. Estos cálculos se basan en una mujer de antropometría promedio, normalmente nutrida y con feto único. En embarazo gemelar se recomienda un aporte calórico adicional de 300 kcal/día. En embarazadas obesas se debe efectuar una restricción del aporte calórico, lo suficiente para lograr un aumento de peso total a término equivalente a 7,5 - 10,5 kg; la restricción calórica máxima es de 1.800 kcal/día, cifras inferiores se asocian a cetoacidosis de ayuno que deben ser evitadas.

Proteínas¹⁸. Los requerimientos proteicos durante el embarazo se incrementan en promedio en un 12%. La acumulación total de proteínas en el embarazo es 925 g, equivalente a 0,95 g/kg/día. Estos cambios del metabolismo proteico están dados por una acelerada síntesis proteica, necesaria para la expansión del volumen sanguíneo materno, el crecimiento de las mamas, del útero y muy especialmente el aumento de los tejidos fetales y placentarios.

¹⁸ OPS - OMS, BOLETIN DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA Y DESARROLLO (CLAP).volumen 4 – N° 14, Montevideo, Uruguay. 1996. disponible en internet: <http://www.clap.ops-oms.org>

El aumento de la ingesta de alimentos proteicos debe considerarse cuantitativa y cualitativamente. La concentración de aminoácidos esenciales en la proteína de origen animal es considerada óptima, mientras que en la proteína de origen vegetal la concentración es un 50 a 65% de lo ideal. Estos conceptos son especialmente importantes en las recomendaciones nutricionales dado el alto costo económico de los nutrientes proteicos.

Hierro. La anemia por déficit de hierro constituye una patología nutricional de alta prevalencia en las embarazadas, debido a los importantes requerimientos de hierro durante el embarazo y a dietas pobres en este elemento, especialmente en las dietas promedio de los países en desarrollo.

Los requerimientos de hierro durante el embarazo son aproximadamente 1.000 mg, estimándose 270 mg transferidos al feto, 90 mg a la placenta, 450 mg utilizados en la expansión eritrocítica materna y 170 mg de pérdida externa. El hierro proporcionado por los alimentos oscila entre 6 a 22 mg y sólo el 20% es de origen animal. La absorción del hierro de origen vegetal es del 1% y del hierro de origen animal entre 10 y 25%, de ahí que la suplementación con hierro medicamentoso constituya una de las acciones preventivas más relevantes del control prenatal.

La suplementación con hierro debe iniciarse precozmente en el primer trimestre si el hematocrito es inferior a 36%; si es superior a ese valor se puede iniciar la suplementación en el segundo trimestre. Si el hematocrito en el primer trimestre es inferior a 28%, debe iniciarse el estudio de la etiología de la anemia para descartar anemias megaloblásticas (déficit de ácido fólico y vitamina B12), hemoglobinopatías (talasemias), anemias hemolíticas adquiridas (autoinmune, neoplasias, infección, etc.).

Anemia del embarazo se define en relación a la edad gestacional al momento del diagnóstico: en el primer trimestre cuando el hematocrito y la hemoglobina es igual o inferior a 33% y 11 g/dl, respectivamente; en el segundo y tercer trimestre, cuando el hematocrito es inferior o igual a 30% y la hemoglobina a 10 g/dl.

La suplementación profiláctica se efectúa con preparados que aseguren una cantidad de 60-100 mg de hierro elemental y la suplementación terapéutica en cantidades de 200 mg de hierro elemental (absorción del 10% de la dosis). Se debe recordar que la ingesta de hierro puede producir intolerancia gástrica, estado nauseoso, constipación y coloración oscura de las deposiciones.

Para su mejor absorción debe ingerirse con estómago vacío (entre las comidas) con una bebida cítrica y evitar la ingesta con leche o té que bloquea casi totalmente la absorción enteral.

Calcio. El embarazo produce modificaciones del metabolismo del calcio, dado por la expansión del volumen plasmático, disminución de la albuminemia, aumento de las pérdidas por orina y la transferencia a través de la placenta que llevan a una disminución del calcio iónico.

Con fines de mantener la estabilidad se produce un aumento de la hormona paratiroidea que, a término, alcanza 30 a 50% de los valores basales; de igual forma aumenta la calcitonina para proteger al hueso del aumento de la hormona paratiroidea. La placenta transporta activamente el calcio hacia el feto, con una acumulación neta de 30 g al término de la gestación, estando casi todo en el esqueleto fetal. En un 90% esta acumulación acontece en el tercer trimestre.

El esqueleto materno puede dañarse sólo en circunstancias nutricionales de extremo déficit de aporte de calcio o escasa exposición solar. Con dieta balanceada y exposición solar habitual los mecanismos compensadores evitan el daño óseo materno. Durante el embarazo los requerimientos de calcio aumentan hasta 1.200 mg/día, lo que equivale aproximadamente a un 50% más que en el estado pregestacional. Se recomienda un aporte extra de 400 mg/día mediante aporte adicional de productos lácteos o calcio medicamentoso.

La leche de vaca proporciona 125 mg de calcio por 100 ml, de ahí que una madre que puede ingerir entre 750-1.000 cc de leche diario, más otros productos lácteos adicionales, cumple adecuadamente con los requerimientos necesarios para un buen desarrollo del esqueleto fetal.

En embarazadas con intolerancia a la leche por déficit de lactosa se recomienda un aumento de otros nutrientes con alto contenido en calcio como carnes, yogurt, quesos o leche con bajo o nulo contenido de lactosa y suplementación medicamentosa de calcio.

Vitaminas¹⁹. La embarazada que tiene acceso a una dieta balanceada no requiere de suplemento adicional de vitaminas. Prácticamente todas las vitaminas aumentan sus requerimientos durante la gestación, especialmente ácido fólico y vitamina D, los cuales alcanzan un 100% de aumento. En el resto de las vitaminas su mayor requerimiento es inferior al 100%.

El consumo excesivo de vitaminas condiciona un potencial riesgo perinatal, especialmente con las vitaminas liposolubles como son la vitamina A y D que

¹⁹ FAO/OMS/ONU: Necesidades de energía y proteínas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1985, disponible en internet: <http://www.nutricionmaternayperinatal.org>

tienen un efecto acumulativo. Se han descrito malformaciones renales en niños cuyas madres han ingerido entre 40.000 y 50.000 UI de vitamina A durante el embarazo; incluso dosis inferiores pueden producir alteraciones conductuales y de aprendizaje en la vida futura.

El consumo de grandes dosis de vitamina D se asocia a malformaciones cardíacas del feto, particularmente la estenosis aórtica, la cual se ha descrito con dosis de 4.000 UI. Una normal exposición a la luz solar permite una adecuada síntesis de vitamina D y no sería necesario un suplemento de esta vitamina.

- Deben evitarse el consumo de fármacos excepto los prescritos e imprescindibles

La falta de controles estrictos en la venta de medicamentos, la profusa automedicación, el curanderismo por parte de comerciantes que expenden medicamentos, con la carencia de programas efectivos de planificación familiar, definen la dramática realidad de algunos países.

Talidomida: actualmente la prevención de la Lepra es la mejor estrategia para evitar más víctimas de este fármaco en sudamérica. En caso de que ocurra la reintroducción de este medicamento, en el mercado con otras indicaciones terapéuticas, sólo la reducción de la pobreza y de la ignorancia podría proteger a las poblaciones.

Isotretinoína: las recomendaciones estrictas de la sociedad de teratología norteamericana para el uso de este fármaco en mujeres en edad fértil debe ser divulgada entre los dermatólogos sudamericanos. La contraindicación del uso de Vitamina A durante el embarazo debe ser divulgado por los obstetras a la población general, sustituyéndolas por una dieta rica en carotenoides (zanahoria, tomate, etc,...)

Anticonvulsivantes: debe preferirse la monoterapia y administrar las dosis mínimas de antiepilépticos durante el primer trimestre. El fenobarbital presenta comparativamente el menor riesgo para el niño. No obstante, no hay normas genéricas para el uso de antiepilépticos durante el embarazo, ya que el tratamiento depende de la respuesta individual.

Cumarínicos: el uso de estos anticoagulantes, se limita a mujeres portadoras de prótesis valvulares cardíacas, lo que permite buen control de la medicación y que la situación se controla con mantener al equipo de salud informado sobre la teratogenicidad de la warfarina durante el embarazo

Misoprostol: en etapas tempranas, su uso más frecuente es como abortivo; el uso de misoprostol en el primer trimestre de la gestación está vinculado a la falta de planificación familiar efectiva y a la prevención del aborto. La educación sexual, la mejor distribución de ingresos y la mejoría de las condiciones familiares, sería más efectivos que los esfuerzos para controlar la venta de medicamentos.

Fomentar la creación de servicios de información de agentes teratogénicos que evalúen el riesgo reproductivo proveniente de la exposición del embarazo a agentes ambientales, principalmente medicamentos, ya que la cantidad creciente de nuevos fármacos y de información sobre su posible teratogenicidad obliga en cada caso a la consulta a servicios especializados en toxicología reproductiva.

- Evitar el consumo de cigarrillo durante el embarazo²⁰

El tabaco es uno de los pocos factores de riesgo prevenibles que inciden visiblemente en las estadísticas de mortalidad perinatal. Debe ofrecerse a las gestantes un programa activo para dejar de fumar, así como ampliar las campañas contra el tabaco a fin de contrarrestar la publicidad permanente que estimula su uso.

- Evitar el consumo de bebidas alcohólicas. Es otro factor de riesgo de suma importancia, porque afecta gran porcentaje de la población y porque el daño mental causado al niño por nacer es irreversible. Las campañas educativas son fundamentales, pues la población suele ignorar o minimizar este riesgo. Estas campañas deben referirse al consumo de alcohol y no al alcoholismo ya que el riesgo para el feto no tiene umbral crítico identificado.

- Consultar si el tipo de trabajo habitual es perjudicial para el embarazo

Protección de la trabajadora femenina en edad reproductiva, incluyendo:

- ✓ Información de los posibles riesgos reproductivos de su función
- ✓ Derivación al servicio de información teratogénica mas accesible para sus consultas
- ✓ Información detallada sobre fertilidad y reproducción en la ficha clínica laboral para exámenes médicos periódicos.

La trabajadora femenina tiene mayor riesgo reproductivo (subfertilidad, abortos y malformaciones) que el ama de casa y este riesgo, a pesar de ser inespecífico, parece ser real. La exposición laboral al plomo como causa de retardo mental es la única comprobadamente teratogénica, involucrando una asociación causal.

²⁰ CDC ATLANTA. Agosto 30 de 2006. disponible en internet <http://www.cdc.gov/ncbddd/folicacid>

Para las ocupaciones restantes las consultas individuales deben efectuarse en centros especializados en toxicología reproductiva, como los servicios de información teratogénica.

Tamizaje y diagnóstico

- Estimular la estricta asistencia a todos los controles prenatales para detectar complicaciones del embarazo que puedan ser tratadas oportunamente.
- Promover la detección temprana de enfermedades infecto-contagiosas que potencialmente puedan traer consecuencias irreversibles o fatales para el fruto.

5.2.3 Parto

Medidas generales

- Apoyo físico, emocional y psicológico durante el trabajo de parto.
- Apoyo continuo para la mujer durante el trabajo de parto y parto.

5.2.4 Postnatal

- Apoyo para las madres con desventajas sociales para mejorar la relación madre-hijo, brindando conocimiento sobre programas sociales de estrategias gubernamentales y de organizaciones no gubernamentales que faciliten la asistencia profesional psicobiológica a la madre gestante y a la madre del niño recién nacido
- Apoyo para las madres durante la lactancia indicándole la existencia de programas como IIAMI.
- Lactancia sin restricciones y promoción de los programas que tiendan a educar a la materna en lactancia durante los primeros 28 días posparto para los siguientes 6 a 12 meses además de fomentar estrategias para disminuir las tradiciones dañosas respecto a la alimentación del niño recién nacido.

5.2.5 Políticas nacionales e internacionales. De las políticas Internacionales en Salud, la más ambiciosa y la que plantea verdaderas estrategias para el fomento de la salud en el Mundo es la Declaración del Milenio conocida como "Salud para Todos en el año 2000", ella enmarca ocho objetivos de Desarrollo Humano,

suscrita por 189 países en la cumbre del milenio en las naciones unidas de septiembre de 2000²¹.

La Declaración del Milenio, sitúa la lucha contra la pobreza como máxima prioridad en el mundo y en ella, los objetivos constituyen un manifiesto de desarrollo destinado a los ciudadanos de todo el mundo, en el que se plantean metas con un plazo determinado, medibles y sencillas y se incita a los gobiernos y a la comunidad internacional, a responsabilizarse de su consecución²².

Los ocho objetivos de Desarrollo del Milenio son:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
2. Lograr la educación primaria universal
3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
4. Reducir la mortalidad infantil
5. Mejorar la salud Materna
6. Combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades
7. Garantizar la sostenibilidad ambiental
8. Fomentar una asociación mundial para el Desarrollo

Estos objetivos permiten medir los avances realizados en materia de desarrollo, paz y derechos humanos, regidos por valores esenciales como la libertad, igualdad, solidaridad, tolerancia, responsabilidad y respeto por la naturaleza.

La meta es Reducir la Mortalidad infantil en dos terceras partes hasta 2015, las tasas de mortalidad relacionadas con la población de niños menores de 5 años, porque cada año mas de 10 millones de niños mueren por causas prevenibles y para Mejorar la Salud Materna, la meta señalada es reducir antes de 2015 la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes porque cada año mueren mas 500 000 mujeres durante el embarazo o el parto.

Los organismos internacionales de Salud involucrados en las actividades relacionadas con el mantenimiento de la salud y la prevención de morbimortalidad, son la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), el Fondo de las naciones unidas para la Infancia (UNICEF) encargado de proteger a la población infantil, velar por su nutrición y cuidados adecuados; La Federación Internacional de Planificación Familiar (FIPF) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (FNUP) y el estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (Ley 742 de 2002), ratificado el 5 de agosto de 2002.

²¹ IRIART, Celia y col. MEDICINA SOCIAL LATINOAMERICANA: APORTES Y DESAFÍOS. Rev Panamericana de Salud Pública. 2002

²² INS. LINEAMIENTOS PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA 2006 UNIDADES NOTIFICADORAS MUNICIPALES. 2005

El Estado colombiano, comprometido con esta política en beneficio de la niñez, responde a los acuerdos internacionales donde se destacan los adquiridos en la Cumbre Mundial de Infancia. En este marco, desde comienzos de la década de 1990, ha dirigido esfuerzos nacionales en conjunto con todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en pro del beneficio y desarrollo de la niñez colombiana. En el periodo 1998 – 2002 se revisaron las metas para los años 2000 y 2002 y, paralelamente, se diseñó y ejecutó la estrategia del Pacto por la Infancia como mecanismo para descentralizar el Plan de Acción a Favor de la Infancia (PAFI) y asegurar la organización local de sus otros componentes.

La Constitución Nacional promulga, en concordancia con la Convención sobre los Derechos del Niño, la concepción de Protección Integral y la corresponsabilidad del Estado, la Sociedad y la Familia. Por medio del desarrollo normativo e institucional se han promovido escenarios y estrategias para la movilización social y el cambio cultural, la educación en los derechos de la niñez, la adecuada administración de los recursos y los servicios y la adecuada aplicación de la legislación. En este sentido Colombia ha contado con una norma jurídica específica para la infancia, el Código del Menor (Decreto 2737 de 1989), aún antes de la entrada en vigencia de la Convención y de la promulgación de la Constitución Política de 1991.

La Convención de los Derechos del Niño²³ fue ratificada por el Estado Colombiano el 28 de enero de 1991, mediante la Ley 12, como el marco internacional supremo sobre niñez. En virtud de esta Convención se da en el país un avance en el sentido de incorporar en las políticas públicas la perspectiva de estos derechos. Así pues, el niño y la niña no son mirados como un conjunto de necesidades por resolver, sino como sujetos legítimos de derechos. Por consiguiente, sus derechos son intrínsecos a su existencia y es deber del Estado, la sociedad y la familia el pleno ejercicio de ellos.

Según el PLAN DE DESARROLLO NACIONAL, del Ministerio de La Protección Social, se definieron las siguientes prioridades como parte del plan estratégico de salud²⁴.

1. Disminuir la morbilidad y la mortalidad materna
2. Disminuir los embarazos en adolescentes
3. Evitar la transmisión perinatal del VIH

²³ Convención de los Derechos del Niño

²⁴ PLAN DE DESARROLLO NACIONAL, Ministerio de La Protección Social

4. Intervenir la tendencia del VIH y el SIDA
5. Evitar la Sífilis Congénita
6. Prevenir el cáncer invasivo de cervix
7. Intervenir la violencia intrafamiliar
8. Eliminar la morbilidad por inmunoprevenibles
9. Disminuir la morbilidad y la mortalidad infantil por IRA y EDA
10. Disminuir la morbilidad y la mortalidad por enfermedad cardiovascular-metabólica
11. Disminuir la morbilidad por TBC
12. Disminuir la mortalidad por Malaria y Dengue
13. Disminuir la morbilidad por ATEP

En Colombia los organismos encargados de realizar las actividades relacionadas con la prevención de la mortalidad Perinatal son el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) liderando el programa FAMILIA, MADRE E INFANCIA (FAMI) como componente de los Hogares Comunitarios de Bienestar; bajo la dirección de Vicepresidencia de la República y con la asesoría de otros organismos gubernamentales como el Ministerio de la protección social, el Ministerio de Cultura y el Ministerios de Medio Ambiente, y organismos no Gubernamentales relacionados con el mantenimiento de la Salud y Prevención de la Mortalidad Perinatal, en el marco de la normatividad reglamentaria en la La Ley 7 de 1979 que define el bienestar familiar como un servicio público a cargo del Estado; prestado por conducto del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF), a través de todos los organismos oficiales y particulares legalmente autorizados del orden nacional, departamental y municipal, coordinados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)²⁵.

²⁵ Tercer informe de Colombia al comité de los derechos del Niño, Bogotá mayo de 2004
El Pacto por la Infancia fue una estrategia basada en los siguientes elementos: los Derechos de los Niños, Comunicación y Movilización Social, el Plan de Acción a favor de la Infancia y el Oidor de los Niños. Esta última fue una figura creada por el gobierno para la vigilancia preventiva de las responsabilidades del Estado sobre la Niñez

En el plan de desarrollo departamental se contemplan las políticas gubernamentales de protección de los niños por nacer en consonancia con este marco legal se expidieron los Decretos 1137 y 1138 de 1999, mediante los cuales se organiza el SNBF y se reestructura el ICBF generando condiciones mínimas para la operación descentralizada de los servicios de bienestar familiar, mediante la conformación de los Consejos Municipales y Departamentales de Política Social como entes encargados de articular coordinadamente la política social en beneficio de la niñez y la familia.

Políticas de atención a la niñez en Colombia La política del Estado colombiano en materia de niñez para el periodo 1998-2002 quedó contemplada en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) titulado “Cambio para construir la Paz”; en él se formulan estrategias como²⁶:

- La adecuación de las instituciones políticas y de gobierno para consolidar la democracia, recuperar la gobernabilidad y orientar la acción de la sociedad, para lo cual fue fundamental la profundización de la descentralización a través de la participación ciudadana y la reorganización del Estado.
- El fortalecimiento del tejido social a través del compromiso estatal en torno a la educación, la salud y la nutrición dentro de criterios de universalización de los servicios.
- Lo prioritario de la situación obligó a enfocar los instrumentos de construcción de paz en procesos de negociación del conflicto armado, por una parte, y los esfuerzos sectoriales en aras de atender estructuralmente las principales causas de la violencia, así como la reactivación de la producción, a partir de las exportaciones y de la competitividad regional, por otra.

Programas de Atención Integral a la Niñez. Orientados al mejoramiento de las condiciones de vida de los niños, niñas y jóvenes, mediante el desarrollo de acciones integrales de tipo preventivo, la participación activa y organizada de la comunidad, la autogestión y la capacitación. Todos ellos constituyeron los principales programas de inversión del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) desde la perspectiva preventiva. En este sentido se incentivó la creación de nuevos modelos de atención con la concurrencia del ICBF, las Cajas de Compensación Familiar, los gobiernos municipales y las comunidades, con el fin de reasignar, optimizar los recursos y fortalecer la atención integral de los niños a través de alianzas estratégicas con nuevos socios territoriales. En esta área son destacables los aportes de la Ley 715 de 2001, que promovió la participación

²⁶ Un centinela del bienestar humano: Organización Panamericana de la Salud.
<http://www.saludparalavida.sld.cu>

comprometida de los entes territoriales en torno al fortalecimiento de la complementación alimentaria a escolares en todos los municipios del paísⁱⁱⁱ.

En cumplimiento de la Ley 134 de 1998²⁷, por la que se reglamenta el derecho de las organizaciones sociales a participar en la elaboración de los planes de desarrollo y en la iniciativa legislativa. Igualmente, la Constitución establece los deberes de los ciudadanos y ciudadanas entre los cuales está el de participar y contribuir a la búsqueda del bienestar general (Art. 98).

En suma, el aporte de la normatividad colombiana es significativo para definir los principios fundamentales relativos a los niños y precisar su contenido y alcance. En particular, el cuerpo legal ha desarrollado los siguientes principios: prevalencia de los derechos de los niños sobre los derechos de los demás; protección especial por parte del Estado, la familia y la sociedad; interés superior del niño; dignidad humana; solidaridad social; reconocimiento pleno de los derechos y el principio de la intangibilidad de los derechos,

²⁷ Ley 134 de 1998, el derecho de las organizaciones sociales a participar en la elaboración de los planes de desarrollo y en la iniciativa legislativa

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Corresponde a un estudio observacional descriptivo de corte o transversal.

6.2 ÁREA DE ESTUDIO

El área del estudio corresponde a la comuna 8 de la ciudad de Neiva, en los barrios Rafael Azuero, La Paz, Los Alpes y Nueva Granada.

6.3 POBLACIÓN

Son las mujeres fértiles y gestantes quienes están inscritas al programa FAMIL del ICBF seccional Huila en el área mencionada.

6.4 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de la información los investigadores realizarán una jornada de reunión, en la que la población quien participa resolverá el instrumento propuesto y recibirán una charla sobre mortalidad perinatal, sus causas y factores de riesgo.

La información se obtendrá de la revisión de los instrumentos resueltos, en los que se tendrán en cuenta información sobre la historia materna como edad, procedencia, vínculo al SGSS, tipo de parto y si ha sufrido o no de algún caso de mortalidad infantil.

6.5 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se diseñará un cuestionario para aplicar a las mujeres en edad fértil y gestantes, donde se presenta cada una de las variables con sus respectivas categorías. Este instrumento fue validado por una prueba piloto²⁸ aplicada con antelación.

²⁸ ver anexo, prueba piloto e instrumento

6.6 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS O TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se creará una base de datos con las variables descritas y se realizarán los análisis correspondientes utilizando el paquete estadístico Epiinfo versión 3.3.2 de 2005.

Tratamiento estadístico: La base de datos, y el análisis estadístico se elaborará utilizando el programa EPI-INFO 3.3.2. Para medir el grado de asociación de los distintos factores de riesgo de la mortalidad perinatal, se utilizará el estimador del riesgo relativo Odds Ratio (razón de disparidad), calculado por la serie Análisis del Sistema EPI-INFO.

6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En todos los casos se garantizará la confidencialidad en la revisión y registro de la información. El manejo del instrumento no incluirá datos de identificación de los individuos quienes participan en el estudio, los registros después de ser grabados en la base de datos, sin identificar nombres, serán destruidos. De igual manera, es un compromiso ético salvaguardar el material de estudio por su carácter privado y legal.

7. RESULTADOS

Para este estudio se contó con la revisión de 120 instrumentos, llenados por las mujeres en edad fértil y gestantes de la comuna 8 que pertenecen a los grupos FAMIL de dicha comuna.

De los 150 instrumentos aplicados, se recogieron 120, lo que representa un intervalo de confianza de 95% con una p de 0,005, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 5. Distribución por rangos de edad de las mujeres incluidas en el estudio.

EDAD MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13-17	23	19,17
18-24	48	40,00
25-32	34	28,33
33-49	15	12,50
TOTAL	120	100,00

Como se puede observar en la tabla anterior, en el estudio fueron incluidas mujeres en edad fértil y gestantes desde los 13 hasta los 49 años. El rango de edad que mas aportó a la muestra fue el de 18 a 24 años con un 40%, es importante resaltar que dentro de este grupo de edad se presentó un alto porcentaje de la mortalidad perinatal en Neiva en el año 2006 según el último perfil epidemiológico de la ciudad.

Tabla 6. Distribución de la muestra según cobertura de aseguramiento.

SEGURIDAD SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SUBSIDIADO	57	47,50%
VINCULADO	63	52,50%
Total	120	100,00%

Dentro del grupo de mujeres incluidas en el estudio el 52.5% no estaban afiliadas al sistema general de salud, lo cual podría dificultar el acceso oportuno a los servicios de salud y a los programas de educación a las madres gestantes.

Tabla 7. Distribución de la muestra según ubicación geográfica.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RURAL	44	36,70%
URBANA	76	63,30%
Total	120	100,00%

A pesar de que el estudio fue realizado en el casco urbano un gran porcentaje de la muestra (36.7%) era procedente del área rural, es importante tener en cuenta este dato ya que la procedencia rural prolonga el tiempo que la gestante requiere para llegar desde su domicilio hasta el servicio de salud o muchas veces es causa de inasistencia a controles prenatales por la difícil situación socioeconómica de la población rural.

Tabla 8. Distribución de la muestra por grado de escolaridad.

GRADO DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	4	3,30%
Primaria incompleta	14	11,70%
Primaria completa	29	24,20%
Secundaria incompleta	39	32,50%
Secundaria completa	19	15,80%
Estudios técnicos	15	12,50%
Total	120	100,00%

Como se puede observar en la tabla anterior la gran mayoría de las mujeres incluidas en la muestra no habían terminado su bachillerato al momento de la realización de la encuesta y esto ha demostrado ser un factor de riesgo para mortalidad perinatal. En la encuesta nacional de demografía y salud realizada en el año 2005 las tasas de mortalidad perinatal más altas se presentaron en la población con bajo grado de escolaridad.

Tabla 9. Distribución de la muestra según número de embarazos, partos, cesáreas y abortos.

	Embarazos		Partos		Cesáreas		Abortos	
	F	%	F	%	F	%	F	%
0	0	0,00%	13	10,80%	94	78,30%	104	86,70%
1	31	25,80%	35	29,20%	21	17,50%	12	10,00%
2	33	27,50%	34	28,30%	3	2,50%	3	2,50%
3	21	17,50%	21	17,50%	2	1,70%	1	0,80%
4	16	13,30%	8	6,70%	0	0,00%	0	0,00%
5	10	8,30%	5	4,20%	0	0,00%	0	0,00%
6	3	2,50%	1	0,80%	0	0,00%	0	0,00%
7	3	2,50%	3	2,50%	0	0,00%	0	0,00%
8	2	1,70%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
9	1	0,80%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	120	100,00%	120	100,00%	120	100,00%	120	C

Un gran porcentaje de la muestra (29.1%) son múltiparas lo cual aumenta el riesgo de mortalidad perinatal y nos indica indirectamente el poco uso o desconocimiento de los métodos de planificación familiar.

Al 21.7% de las mujeres se les ha realizado en alguna ocasión la cesárea y un 13.3% ha presentado uno o mas abortos.

Tabla 10. Distribución de las muertes perinatales por número de casos.

MUERTE PERINATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	78	65,00%
1	29	24,20%
2	13	10,80%
Total	120	100,00%

29 de las mujeres incluidas en el estudio refieren por lo menos una muerte perinatal y en total el 35% de todas mujeres han presentado casos de mortalidad perinatal el cual es un porcentaje considerablemente alto.

Tabla 11. Distribución de muertes diferentes a la perinatal por número de casos.

OTRA MUERTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	113	94,20%
1	4	3,30%
2	2	1,70%
3	1	0,80%
Total	120	100,00%

Un 5.8% de las mujeres incluidas en la muestra han presentado muertes fetales diferentes a la perinatal. Estas son aquellas muertes que se presentan entre la semana 22 y 27 de gestación.

CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS PERINATALES

Tabla 12. Distribución de mujeres que conocen o desconocen si existen medicamentos que benefician la gestación.

1A	Frecuencia	Porcentaje
NO	67	55,80%
SI	53	44,20%
Total	120	100,00%

La mayoría de las mujeres (55.8%) desconocen cuales son los medicamentos necesarios para las mujeres en embarazo. Es importante que las mujeres fértiles y gestantes tengan conocimientos sobre estos aspectos porque algunos de estos medicamentos disminuyen la incidencia de defectos congénitos que actualmente, según el perfil epidemiológico del 2007, son la tercera causa de mortalidad perinatal en la ciudad de Neiva.

Tabla 13. Distribución de mujeres que de alguna forma han adquirido información o apoyo sobre planificación familiar.

2a	Frecuencia	Porcentaje
NO	75	62,50%
SI	45	37,50%
Total	120	100,00%

El 62.5% de las mujeres de la muestra desconoce acerca de cursos o programas de planificación familiar. Este desconocimiento favorece la multiparidad, los embarazos no deseados y los periodos inter genésicos cortos todos los cuales favorecen la mortalidad perinatal.

Tabla 14. Distribución de mujeres que reconocen haber recibido o no información sobre sexualidad.

3a	Frecuencia	Porcentaje
NO	89	74,20%
SI	31	25,80%
Total	120	100,00%

La gran mayoría de las mujeres (74.2%) desconocen haber recibido cualquier tipo de información (clases, cursos, conferencias o talleres) acerca de sexualidad.

Tabla 15. Distribución de mujeres que conocen los programas de vacunación.

4a	Frecuencia	Porcentaje
NO	85	70,80%
SI	35	29,20%
Total	120	100,00%

Dentro de las 120 mujeres encuestadas, 85 (70.8%) desconocen los programas de vacunación para las mujeres en edad fértil y embarazadas durante el primer trimestre de la gestación.

Tabla 16. Distribución de mujeres quienes conocen la existencia de los controles prenatales.

5a	Frecuencia	Porcentaje
NO	73	60,80%
SI	47	39,20%
Total	120	100,00%

A pesar de que todas las mujeres incluidas en la muestra están o han estado alguna vez en embarazo, el 60% desconoce los programas de control prenatal, lo cual limitaría la asistencia de estas mujeres a esta consulta médica que es importante para control de la gestación.

Tabla 17. Distribución de mujeres que saben los riesgos y beneficios de los ejercicios profilácticos durante la gestación

6a	Frecuencia	Porcentaje
NO	85	70,80%
SI	35	29,20%
Total	120	100,00%

El 70.8% de la muestra desconoce los beneficios de un ejercicio físico limitado durante la gestación. Es importante resaltar que estos hacen parte de la psicoprofilaxis para el parto y tienen como finalidad disminuir complicaciones intraparto

Tabla 18. Porcentaje de mujeres que conocen la importancia de ciertos alimentos durante la gestación

7a	Frecuencia	Porcentaje
NO	83	69,20%
SI	37	30,80%
Total	120	100,00%

Un gran porcentaje de las mujeres encuestadas (69.2%) desconocen cuales son los alimentos que se deben consumir durante el embarazo. En nuestra población el bajo nivel socioeconómico dificulta el acceso a alimentos de calidad necesarios durante la gestación, esto aunado como vemos al desconocimiento de cuales deben ser los alimentos consumidos.

CONOCIMIENTOS SOBRE MORTALIDAD PERINATAL

Tabla 19. Porcentaje de mujeres que reconocen que cigarrillo es nocivo para la salud de la gestante y su fruto.

1B	Frecuencia	Porcentaje
NO	22	18,30%
SI	98	81,70%
Total	120	100,00%

La gran mayoría de las mujeres incluidas en el estudio (81.7%) son conscientes de que el consumo de cigarrillo durante el embarazo es perjudicial para el embrión y el feto, aun así, un porcentaje considerable (18.3%) ignoraba el daño que puede causar el tabaquismo durante la gestación.

Tabla 20. Mujeres que reconocen que existen medicamentos que le hacen daño al feto durante la gestación.

2B	Frecuencia	Porcentaje
NO	27	22,50%
SI	93	77,50%
Total	120	100,00%

El 77.5% de las mujeres encuestadas sabe que existen algunos medicamentos nocivos que no deben ser consumidos durante el embarazo por sus posibles consecuencias letales sobre el producto de la gestación, sin embargo sigue siendo grande el porcentaje de mujeres que no tienen conocimientos sobre este aspecto (22.5%).

Tabla 21. Mujeres que reconocen que el consumo de alcohol puede hacerle daño al fruto de la gestación

3B	Frecuencia	Porcentaje
NO	27	22,50%
SI	93	77,50%
Total	120	100,00%

De las 120 mujeres encuestadas, 93 (77.5%) son conscientes de que el consumo de alcohol puede tener consecuencias letales sobre el producto de la gestación, pero un porcentaje considerable (22.5%) desconoce los efectos deletéreos del alcohol sobre el embrión y el feto.

Tabla 22. Distribución de mujeres que reconocen la existencia de trabajos que pueden hacerle daño al bebé

4B	Frecuencia	Porcentaje
NO	49	40,80%
SI	71	59,20%
Total	120	100,00%

Casi el 60% de las mujeres incluidas en la muestra saben de la existencia de trabajos que pueden afectar al bebe, esto a pesar de que los trabajos pesados y que requieren mas tiempo en bipedestación son propios de la población de bajo nivel socioeconómico y bajo grado de escolaridad como lo son las mujeres de nuestra muestra.

Tabla 23. Porcentaje de mujeres que reconocen por qué se mueren los niños antes de nacer.

5B	Frecuencia	Porcentaje
NO	82	68,30%
SI	38	31,70%
Total	120	100,00%

En este aspecto hay un gran desconocimiento de las madres acerca de las causas de las muertes fetales (68.3%), y el porcentaje de mujeres que conocen las causas de la mortalidad (31.7%) no supera el porcentaje de mujeres en que se han presentado casos de mortalidad perinatal (35%).

PRÁCTICAS SOBRE CUIDADOS PERINATALES

Tabla 24. Porcentaje de mujeres que consumen suplementos vitamínicos durante la gestación

F27	Frecuencia	Porcentaje
NO	73	60,80%
SI	47	39,20%
Total	120	100,00%

A pesar de que el suministro de ácido fólico y sulfato ferroso esta incluido dentro de las normas técnicas colombianas del control prenatal, solamente el 39.2% de las encuestadas refieren haber recibido estos suplementos durante la gestación. Esto podría deberse a la inasistencia a los controles prenatales o al desconocimiento de las gestantes acerca del nombre de los suplementos que recibieron durante el embarazo.

Tabla 25. Porcentaje de mujeres que planifican

F28	Frecuencia	Porcentaje
NO	55	45,80%
SI	65	54,20%
Total	120	100,00%

A pesar de que la mayoría de las mujeres incluidas en el estudio desconoce acerca de cursos o programas de planificación familiar (62.5%), un poco mas de la mitad (54.2%) utiliza algún método de planificación con el fin de regular la natalidad.

Tabla 26. Porcentaje de mujeres quienes tienen su esquema de vacunación completo

F29	Frecuencia	Porcentaje
NO	81	67,50%
SI	39	32,50%
Total	120	100,00%

El porcentaje de mujeres que se aplicaron las vacunas necesarias del embarazo (32.5%) se aproxima muy de cerca al porcentaje de mujeres que conocen acerca de los programas de vacunación dirigidos a las mujeres gestantes (29.2%), aun así, este porcentaje es muy bajo teniendo en cuenta que la vacunación para las gestantes esta incluida dentro de la norma técnica.

Tabla 27. Porcentaje de mujeres quienes asisten o asistieron a controles durante la gestación

F30	Frecuencia	Porcentaje
NO	42	35,00%
SI	78	65,00%
Total	120	100,00%

Aunque el 65% de las mujeres incluidas en la muestra asiste o asistió a controles prenatales, observamos que un porcentaje considerable no asiste o asistió a controles prenatales (35%).

Tabla 28. Porcentaje de mujeres quienes fuman durante la gestación

F31	Frecuencia	Porcentaje
NO	94	78,30%
SI	26	21,70%
Total	120	100,00%

La gran mayoría de las mujeres encuestadas (78.3%) no fumaba en el momento de la realización de la encuesta, pero a pesar de que el 81.7% de la muestra conoce los efectos deletéreos del tabaco, el 21.7% de las encuestadas tiene este habito.

Tabla 29. Mujeres quienes han consumido alcohol durante la gestación.

F32	Frecuencia	Porcentaje
NO	112	93,30%
SI	8	6,70%
Total	120	100,00%

Afortunadamente la gran mayoría de las mujeres encuestadas (93.3%) no consumen bebidas alcohólicas, lo cual disminuye el riesgo de resultados perinatales adversos.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO

Tabla 30. ¿Asiste o asistió a programas o cursos sobre cómo darle leche de seno a su recién nacido?

F32	Frecuencia	Porcentaje
NO	112	93,30%
SI	8	6,70%
Total	120	100,00%

Como se observa en la tabla, la gran mayoría de las mujeres (93.3%) no recibió asesoría alguna acerca de lactancia materna, este porcentaje es muy elevado teniendo en cuenta las campañas adelantadas actualmente en este sentido.

Tabla 31. ¿Le da o le ha dado leche de seno a su hijo o sus hijos durante 6 meses sin darle otro alimento?

1A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	67	55,80%
SI	53	44,20%
Total	120	100,00%

En concordancia con la información de la tabla 31, la ignorancia acerca de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida se ve reflejada en el 55.8% de las mujeres que no atendieron a esta recomendación acerca de la alimentación de su bebe.

Tabla 32. ¿Asiste o asistió a programas de educación para las mujeres que van a ser o que ya son madres?

1A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	67	55,80%
SI	53	44,20%
Total	120	100,00%

Aunque todas las mujeres incluidas en el estudio son o van a ser madres, solamente el 44.2% asisten o asistieron a programas educativos dirigidos a esta población.

8. DISCUSIÓN

Al comparar los resultados de este estudio con estadísticas locales, nacionales y con otros estudios que evalúan aspectos similares, son muchos los puntos en los cuales coincide; como las características sociodemográficas de la población que la hacen más susceptible a presentar altas tasas de mortalidad perinatal.

Dentro de las mujeres incluidas en la muestra para el estudio ($n = 120$), un 35% han presentado por lo menos un caso de mortalidad perinatal, si se tiene en cuenta que la mayoría de la muestra (59.17%) es menor de 25 años, se observa que coincide con el perfil epidemiológico de nuestra ciudad en el cual las madres menores de 25 años aportaron el 38% al total de la mortalidad en Neiva en el año 2006.

Tradicionalmente se considera como factor de riesgo la edad materna menor de 18 o mayor de 35 años al momento del parto, porque en estas edades se presentan tasas mas altas de mortalidad perinatal; en Colombia en el año 2005 las madres de 40 a 49 años presentaron una tasa de mortalidad perinatal de 47 muertes por mil embarazos de 7 o mas meses de duración, mucho mas alta que el promedio nacional de ese mismo año que fue de 17²⁹. Las jóvenes de 15 a 20 tienen un menor conocimiento sobre los factores de riesgo reproductivos³⁰. En este estudio el 19.17% es menor de 18 años, lo cual ya constituye, como vemos, un factor de riesgo asociado.

El fácil acceso a los servicios de salud es vital para la atención oportuna de las madres gestantes tanto en los casos de urgencias, como en el control prenatal; en los resultados del estudio se observó que el 52.5% de la muestra no tenía ningún tipo de afiliación al sistema general de salud, lo cual podría dificultar el acceso de estas madres a los servicios de salud y a los programas de educación para las gestantes. En las estadísticas locales del total de casos de mortalidad perinatal, el 12.8% se presentaron en la población que no estaba asegurada³¹.

La ubicación geográfica de la madre también es un factor importante relacionado con la mortalidad perinatal. En el año 2005 en Colombia, la tasa de mortalidad perinatal fue mas alta en la población rural con respecto a la población urbana (22 la rural, 14 la urbana³²).

²⁹ Encuesta nacional de demografía y salud 2005

³⁰ Condori Guerra, Teresa. 1998

³¹ Perfil epidemiológico 2007

³² Encuesta nacional de demografía y salud 2005

En Neiva en el año 2006, la población del área rural aportó el 14% de todos los casos de mortalidad perinatal.³³ El domicilio lejano a los centros prestadores de servicios de salud se ha relacionado con la inasistencia a los controles prenatales y esto a su vez es un factor de riesgo asociado con la mortalidad neonatal^{34,35}. Dentro de la muestra de este estudio el 36.7% de las mujeres eran de procedencia rural, lo cual puede explicar también los casos de mortalidad perinatal.

De las mujeres incluidas en este estudio el 39.2% tenían un grado de escolaridad por debajo del bachillerato (Analfabeta, primaria incompleta y primaria completa), este bajo grado de escolaridad también se ha asociado con el desconocimiento de los factores de riesgo para la gestación por parte de las madres y también con tasas de mortalidad perinatal más altas.

En el 2005 en Colombia, la población sin educación presentó tasas de mortalidad perinatal superiores a las observadas en la población con educación secundaria o superior (29 en la población sin educación, 14 y 12 en la población con educación secundaria y superior respectivamente)³⁶.

Un gran porcentaje de la muestra (29.1%) son multíparas (4 a más partos) lo cual aumenta el riesgo de mortalidad perinatal y nos indica indirectamente el poco uso o desconocimiento de los métodos de planificación familiar. En el modelo biopsicosocial para la reducción de la mortalidad materna y perinatal en Colombia de 2001 toman como factor de riesgo una paridad mayor o igual a 5 y en la encuesta nacional de demografía y salud del 2005 la paridad mayor o igual a 4 constituye un factor de riesgo.

En cuanto a los conocimientos sobre cuidados perinatales de la muestra a estudio, la mayoría de las mujeres (55.8%) desconocen cuáles son los medicamentos necesarios para las mujeres en embarazo. Es importante que las mujeres fértiles y gestantes tengan conocimientos sobre estos aspectos porque algunos de estos medicamentos disminuyen la incidencia de defectos congénitos que actualmente, según el perfil epidemiológico del 2007, son la tercera causa de mortalidad perinatal en la ciudad de Neiva. En esta investigación solamente el 39.2% de las encuestadas refieren haber recibido estos suplementos durante la gestación. Esto podría deberse a la inasistencia a los controles prenatales (35% de la muestra) o al desconocimiento de las gestantes acerca del nombre de los suplementos que recibieron durante el embarazo.

³³ Perfil epidemiológico 2007

³⁴ Faneite a, pedro. 2001

³⁵ Manandhar ds. 2004

³⁶ (encuesta nacional de demografía y salud 2005).

El 62.5% de las mujeres de la muestra desconoce acerca de cursos o programas de planificación familiar, en el momento de la aplicación de la encuesta el 45.8% no estaban utilizando ningún método de planificación y el 74.2% no ha recibido ningún tipo de información sobre sexualidad. Este desconocimiento favorece la multiparidad, los embarazos no deseados y los periodos intergenésicos cortos todos los cuales favorecen la mortalidad perinatal.

Esta información no concuerda con las estadísticas nacionales del 2005, las cuales mostraban un conocimiento casi universal de los métodos de planificación familiar y un uso de estos en un 78% de la población femenina en edad fértil³⁷. En países como Bolivia el 97% de las mujeres no llevan un control adecuado de la duración de su ciclo menstrual, el 91% de las mujeres desea conocer sobre métodos de regulación voluntaria de la natalidad el 63% conoce o ha oído hablar de las principales enfermedades sexuales y en el 56% de los casos no existe diálogo entre la pareja sobre el deseo de tener un/a hijo/a.

El gran desconocimiento de los programas de vacunación es evidente cuando se evalúan los resultados del estudio, de 120 mujeres solamente 35 (29.2%) conocían los programas de vacunación para las mujeres en edad fértil y gestantes y el 32.5% se aplicaron las vacunas necesarias del embarazo. La vacunación contra la rubéola disminuyó sustancialmente los casos de rubéola congénita a nivel mundial y constituye la primera arma para la prevención de esta patología que puede llegar a ser letal. En el 2005 la cobertura de vacunación con la triple viral en el sexo femenino era del 81%, (encuesta nacional de demografía y salud 2005) el objetivo debe ser alcanzar un 100% de cobertura de vacunación entre las jóvenes en edad fértil. También es importante el conocimiento que tengan las madres acerca de la vacunación en el primer trimestre contra el tétano con el fin de prevenir el tétanos neonatal.

A pesar de que la consulta prenatal es el pilar para la prevención, detección y tratamiento temprano de numerosas patologías que pueden llegar a complicar la gestación, solamente el 39.2% de la muestra conoce de la existencia de esta, lo cual podría llegar a limitar considerablemente la asistencia al control prenatal de estas mujeres a pesar de que el 65% de las mujeres incluidas en la muestra asiste o asistió a controles prenatales. Se ha demostrado que la asistencia al control prenatal disminuye el riesgo de muertes neonatales (Manandhar ds. 2004).

El 70.8% de la muestra desconoce los beneficios de un ejercicio físico limitado durante la gestación. La madre gestante se beneficia ampliamente con la realización de los ejercicios incluidos en la psicoprofilaxis para el parto ya que

³⁷ Encuesta nacional de demografía y salud 2005

disminuyen las complicaciones intraparto y además disminuyen la incidencia de debilidad del piso pélvico después del parto.

En la población del presente estudio, el bajo nivel socioeconómico dificulta el acceso a alimentos de calidad necesarios durante la gestación, esto aunado al desconocimiento de cuales deben ser los alimentos consumidos. El 69.2% del grupo muestral desconocen cuales son los alimentos que se deben consumir durante el embarazo.

En los resultados del estudio se observa que el 81.7% de las mujeres son conscientes de que el consumo de cigarrillo es perjudicial durante el embarazo; aun así, el 21.7% de la muestra fuma, lo cual confirma que el conocimiento acerca de los factores de riesgo no es suficiente para transformar los factores de riesgo modificables. (Prendes Labrada)

El 77.5% de las mujeres encuestadas sabe que existen algunos medicamentos nocivos que no deben ser consumidos durante el embarazo por sus posibles consecuencias letales sobre el producto de la gestación, sin embargo sigue siendo amplio el porcentaje de mujeres que no tienen conocimientos sobre este aspecto (22.5%).

Dentro de la muestra, un 22.5% no tenían conocimiento acerca de que el consumo de alcohol es nocivo durante la gestación y a pesar del desconocimiento acerca de este factor de riesgo, cuando se les interrogo acerca de si habían consumido alcohol durante alguna gestación, solamente el 6.7% respondió positivamente.

Casi el 60% de las mujeres incluidas en la muestra saben de la existencia de trabajos que pueden afectar al bebe, esto a pesar de que los trabajos pesados y que requieren mas tiempo en bipedestación son propios de la población de bajo nivel socioeconómico y bajo grado de escolaridad como lo son las mujeres de nuestra muestra.

En este aspecto hay un gran desconocimiento de las madres acerca de las causas de las muertes fetales (68.3%), y el porcentaje de mujeres que conocen las causas de la mortalidad (31.7%) no supera el porcentaje de mujeres en que se han presentado casos de mortalidad perinatal (35%).

Solamente el 6.7% de las madres encuestadas recibió algún tipo de formación sobre la lactancia materna y tan solo el 44.2% practicó la lactancia materna exclusiva. En Colombia en el año 2005 el 97% de las mujeres practicaron la lactancia materna con su último hijo nacido vivo, por lo cual se puede deducir que

en nuestra población a estudio estas prácticas están muy por debajo del promedio nacional muy seguramente por la deficiente educación recibida sobre estos aspectos. Aun así el 44.2% de la mujeres refieren haber asistido a programas de educación para las madres gestantes, en los cuales al parecer no se incluían temas como el de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.

9. CONCLUSIONES

Los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en edad fértil y gestantes de los grupos FAMILI de la comuna 8 de Neiva, distan de ser los ideales para lograr un adecuado control de los factores de riesgo asociados a la mortalidad perinatal en este sector de Neiva.

Todas las participantes fueron mujeres en edad fértil (13 – 49 años) del área urbana y rural, de estrato socioeconómico bajo, quienes en su mayoría pertenecen al régimen subsidiado del SGSSS; de bajo grado de escolaridad.

Se demostró que en general el grupo de mujeres quienes participaron en el estudio presentan marcadas deficiencias en todos los aspectos del conocimiento en cuanto a los cuidados perinatales.

Las actitudes observadas fueron relacionadas con el ambiente hostil en el que se desenvuelven, también con los pobres accesos a los servicios básicos que un individuo debe tener por derecho constitucional; esa actitud es definida con algún grado de indiferencia hacia la “muerte de alguien quien no ha vivido o ha vivido muy poco”.

En algunas de nuestras culturas las costumbres transmitidas de generación en generación como saber popular, abarcan también algunas formas de cuidados y mitos acerca de las mujeres gestantes

Se debería incrementar el trabajo de orientación y consejería por parte del personal de salud, dándole participación a la comunidad, a la pareja y a la familia, con el objetivo de promover comportamientos saludables y concebir el embarazo en el momento más oportuno.

Los conocimientos, actitudes y prácticas de la población femenina en edad fértil acerca de los cuidados prenatales y la mortalidad perinatal, son desconocidos en nuestro medio porque aún no se han realizado estudios en las comunidades que investiguen las diferentes maneras en que nuestras embarazadas cuidan a sus bebés en la etapa prenatal

Las causas básicas tienen importancia en la definición de un perfil de mortalidad que permita desarrollar programas de salud con diseño tipo de intervenciones que resuelvan los problemas prevalentes de la comunidad en el marco de la promoción y prevención de la salud

En la población neivana hasta el momento no se han realizado estudios que evalúen los conocimientos, actitudes y practicas de las mujeres en edad fértil y gestantes con respecto a los cuidados perinatales y la mortalidad perinatal, esto, aunado al incremento de las tasas de mortalidad materna y perinatal que se han visto últimamente en los boletines epidemiológicos, plantea la necesidad de hacer este tipo de estudio en Neiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. CORREA J, GOMEZ J, POSADA R. Fundamentos de Pediatría, tomo 1. Corporación para investigaciones biológicas. Tercera edición 2006, 12: 206, 1:4-7,
2. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal. Paginas 1-21
3. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DEL HUILA. Secretaría Departamental de Salud. Volumen 2, número 1, 2003.
4. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO – Secretaria de Salud Municipal de Neiva. Enero de 2005.
5. AHUED A, JOSÉ R. La nueva misión en salud perinatal. Gac Méd 2000;136:43-8.
6. MENESES AMB, BARROS FC, VICTORA CG. Factores de riesgo para mortalidad perinatal en Pelotas RS, 1993. Rev Saúde Pública 1998;32:209-16.
7. LUGINAAH IN, LEE K S, ABERNATHY TJ, SHEEHAND D, WEBSTER G. Trends and variations in perinatal mortality and low birth weight: the contribution of socioeconomic factors. Can J Public Health 1999;90:377-81
8. SCHIEBER B, O'ROURKE K, RODRIGUEZ C, BARTLETT A, Risk factor analysis of peri-neonatal mortality in rural Guatemala. Bol Oficina Sanit Panam 1994;117:220-9.

9. DUFF C, SINCLAIR M. Exploring the risks associated to induction of labour: a retrospective study using the NIMATS datase. Northern Ireland Maternity System. J Adv Nurs 2000;31:410-7
10. MOCTEZUMA SL, TENE CE, AGUAYO A, MILLÁN R. Perinatal mortality in Colima, Col. Case- control study. Rev Ginecol Obstet Méx 2000;68:207-11.
11. BOBADILLA JL. Quality of perinatal medical care in Mexico City. México (DF); Secretaría de Salud/ Instituto Nacional de Salud Pública; 1988.
12. GUZMÁN A, MARTÍN DE ALBA A, ALFARO N. ¿La reducción de cesáreas de 28 a13% incrementa o no la mortalidad perinatal. Ginecol Obst Méx 1998;66:122-5.
13. GRIFFITHS E. Embarazo y resultados de una intervención primaria. Cuadernos Méd Soc 1995;31:12-8.
14. FLORES G, HEREDIA A, ESCOBEDO E. Análisis descriptivo de neonato de bajo peso al nacer en el Hospital General. Perinatol Reprod Hum 1997;11:45-53.
15. Protocolo de vigilancia de la salud pública. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 2ª edición, 2001
16. REY, Humberto y colaboradores. Metodología para asignar causas básicas y directas en muertes fetoinfantiles. Departamento de Pediatría, Universidad del Valle. Cali, Valle. 2000. disponible en internet: <http://www.colombiamedica.org>
17. Situación de Salud de las Américas - INDICADORES BASICOS 2002 - Programa Especial de Análisis de Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (Mortalidad Materna e Infantil). Disponible en internet: <http://www.clap.ops-oms.org>

18. BLANK, Ann; WARDLAW, Tessa. *MONITORING LOW BIRT WEIGHT: AN EVALUATION OF INTERNATIONAL ESTIMATES AND AN UPDATED ESTIMATION PROCEDURE*. OMS. Bulletin of the World Health Organization. Pag 178-184. Marzo. 2005
19. IRIART, Celia y col. *MEDICINA SOCIAL LATINOAMERICANA: APORTES Y DESAFÍOS*. Rev Panamericana de Salud Pública. 2002.
20. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. *LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO DEL PAB*. Republica de Colombia. 2002.
21. MONTERO GARCÍA, Yanid Paola y Col. *BOLETIN EPIDEMIOLOGICO*. Alcaldía de Neiva. Secretaria de salud municipal. Volumen 12. Neiva – Huila. 2005.
22. MONTERO GARCÍA, Yanid Paola y Col. *BOLETIN EPIDEMIOLOGICO*. Alcaldía de Neiva. Secretaria de salud municipal. Volumen 3. Neiva – Huila. 2006.
23. INS. *LINEAMIENTOS PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA 2006 UNIDADES NOTIFICADORAS MUNICIPALES*. 2005
24. CDC ATLANTA. Agosto 30 de 2006. Disponible en internet <http://www.cdc.gov/ncbddd/folicacid>
25. GEOSALUD, abril de 2006. disponible en internet: <http://www.nacersano.org/rubeolayembarazo>
26. FAO/OMS/ONU: Necesidades de energía y proteínas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1985, disponible en internet: <http://www.nutricionmaternayperinatal.org>

27.OPS - OMS, BOLETIN DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA Y DESARROLLO (CLAP).volumen 4 – N° 14, Montevideo, Uruguay. 1996. disponible en internet: <http://www.clap.ops-oms.org>

ANEXOS

Anexo A. Presupuesto

RUBROS	PARTIDAS	TOTAL
Investigadores	5.000 pesos por jornada por persona	1 700 000
Equipos	5 000 000 de pesos	5 000 000
Materiales	250 000 pesos	250 000
Bibliografía	100 000 pesos	100 000
Transporte	10 000 pesos semanales	680 000
Gastos administrativos	150 000 pesos	150 000
Total	5 470 000 pesos	7 655 000 pesos

Anexo B. Cronograma de actividades

TIEMPO	2006						2007												
	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Revisión bibliografica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Asesoría		■	■	■	■	■			■					■	■	■			
Elaboración del preproyecto		■	■	■	■	■													
Elaboración del proyecto								■	■	■	■	■							
Diseño del instrumento											■	■							
Prueba piloto													■						
Recolección de la información														■	■				
Sistematización de la información														■	■				
Critica y procesamiento de datos																		■	
Preparación del informe final																	■		
Presentación informe final y publicación																		■	
Preparación y divulgación de los resultados																		■	■

Anexo C. PRUEBA PILOTO

Responda a las siguientes preguntas de forma sincera, su respuesta contribuirá a establecer datos importantes para el desarrollo social de la comunidad.

Características sociodemográficas

Edad: _____ Estrato: _____ seguridad social: afiliado? Si ___ a qué régimen _____
 No _____
 Procedencia: rural ___ urbana _____
 Grado de escolaridad: alfabeto ___ analfabeta: _____
 Primaria incompleta ___ primaria completa _____
 Secundaria incompleta ___ secundaria completa _____
 Estudios técnicos _____ estudios universitarios _____

Datos ginecológicos

Cuántos embarazos ha tenido? _____
 Cuántos partos vaginales? _____
 Cuántas cesáreas le han hecho? _____
 Cuántos abortos ha tenido? _____
 Cuántos niños nacieron vivos? _____ fecha de nacimiento: _____
 Cuántos niños nacieron muertos o se han muerto durante los primeros días después nacer? _____
 Edad de la muerte? _____

Conocimientos sobre cuidados perinatales Responda SI o NO

¿Conoce drogas o medicamentos que se las mujeres en embarazo deberían tomar durante el embarazo?
 ¿Conoce cursos o programas de planificación familiar?
 ¿Conoce programas o cursos sobre sexualidad?
 ¿Conoce los programas de vacunación a las mujeres que ya pueden tener hijos y a las embarazadas?
 ¿Conoce los programas de control prenatal para las mujeres embarazadas?
 ¿Sabe si hacer ejercicios físicos suaves los pueda hacer una mujer embarazada?
 ¿Sabe cuáles son los alimentos que debe comer la mujer en embarazo?

Conocimientos sobre mortalidad perinatal Responda SI o NO

- ¿Fumar cigarrillo le hace daño al bebe durante el embarazo?
- ¿Sabe si existen medicamentos o drogas que puedan producir la muerte al bebe durante el embarazo?
- ¿Tomar bebidas alcohólicas puede producir la muerte del bebe?
- ¿Existen trabajos que le puedan afectar al bebe?
- ¿Sabe por qué se mueren los bebés antes de nacer?

Prácticas sobre cuidados perinatales Responda SI o NO

- ¿Consumes vitaminas como ácido fólico y sulfato ferroso durante el embarazo?
- ¿usted planifica?
- ¿Se ha aplicado todas las vacunas antes de quedar en embarazo y las del embarazo?
- ¿Asiste a controles prenatales?
- ¿fuma?
- ¿toma bebidas alcohólicas?
- ¿toma medicamentos o drogas durante el embarazo?

Atención del puerperio Responda SI o NO

- ¿Asiste o asistió a programas o cursos sobre cómo darle leche de seno a su recién nacido?
- ¿Le da o les ha dado leche de seno a su hijo o sus hijos durante 6 meses sin darle otro alimento?
- ¿Asiste o asistió a programas de educación para las mujeres que van a ser o que ya son madres?

Actitudes frente a la mortalidad perinatal

- ¿La muerte de un niño que recién ha nacido o tiene menos de 7 días de haber nacido que te hace pensar?
- ¿La muerte de un niño que está por nacer te hace pensar en?
- ¿Qué significado tiene para ti la muerte?
- ¿En nuestra sociedad la muerte está aceptada cómo? un proceso social integral____,
- Un proceso espiritual____, no está aceptada
- ¿Qué reacción has tenido frente a la muerte de un niño que no ha nacido o que está por nacer?
- ¿Qué reacción crees que tendrías frente a la muerte de un niño que no ha nacido o que está por nacer?

¿En caso de sucederte una muerte de un niño que no ha nacido o que está por nacer, acudirías a un profesional?

Si_____ ¿a qué profesional? No_____ ¿cómo llevarías el proceso de duelo?

¿Si has tenido un bebé que se te murió...recibiste asesoramiento profesional?

Si_____ ¿a qué profesional? No_____ ¿cómo y con quién llevarías el proceso de duelo?

Anexo D. INSTRUMENTO**Características sociodemográficas**

Edad: _____ Estrato: _____ seguridad social: afiliado? Si ___ a qué régimen _____
No ___

Procedencia: rural ___ urbana _____ Grado de escolaridad:
alfabeto ___ analfabeta: _____

Primaria incompleta ___ primaria completa _____ Secundaria
incompleta ___ secundaria completa _____ Estudios técnicos _____ estudios
universitarios _____

Datos ginecológicos

Cuántos embarazos ha tenido? _____ Cuántos partos vaginales? _____ Cuántas
cesáreas le han hecho? _____ Cuántos abortos ha tenido? _____ Cuántos niños
nacieron vivos? _____ fecha de nacimiento: _____ Cuántos niños nacieron muertos o
se han muerto durante los primeros días después nacer? _____ Edad de la
muerte? _____

Conocimientos sobre cuidados perinatales	SI	NO
1. ¿conoce drogas o medicamentos que se las mujeres en embarazo deberían tomar durante el embarazo?		
2. ¿conoce cursos o programas de planificación familiar?		
3. ¿conoce programas o cursos sobre sexualidad?		
4. ¿conoce los programas de vacunación a las mujeres que ya pueden tener hijos y a las embarazadas?		
5. ¿conoce los programas de control prenatal para las mujeres embarazadas?		
6. ¿sabe si hacer ejercicios físicos suaves los pueda hacer una mujer embarazada?		
7. ¿sabe cuáles son los alimentos que debe comer la mujer en embarazo?		

Conocimientos sobre mortalidad perinatal	SI	NO
1. ¿Fumar cigarrillo le hace daño al bebe durante el embarazo?		
2. ¿Sabe si existen medicamentos o drogas que puedan producir la muerte al bebe durante el embarazo?		
3. ¿Tomar bebidas alcohólicas puede producir la muerte del bebe?		
4. ¿Existen trabajos que le puedan afectar al bebe?		
5. ¿Sabe por qué se mueren los bebés antes de nacer?		

Prácticas sobre cuidados perinatales	SI	NO
1. ¿Consume vitaminas como ácido fólico y sulfato ferroso durante el embarazo?		
2. ¿usted planifica?		
3. ¿Se ha aplicado todas las vacunas antes de quedar en embarazo y las del embarazo?		
4. ¿Asiste a controles prenatales?		
5. ¿fuma?		
6. ¿toma bebidas alcohólicas?		
7. ¿toma medicamentos o drogas durante el embarazo?		

Atención del puerperio	SI	NO
1. ¿Asiste o asistió a programas o cursos sobre cómo darle leche de seno a su recién nacido?		
2. ¿Le da o les ha dado leche de seno a su hijo o sus hijos durante 6 meses sin darle otro alimento?		
3. ¿Asiste o asistió a programas de educación para las mujeres que van a ser o que ya son madres?		

ⁱ FAO/OMS/ONU: Necesidades de energía y proteínas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1985, disponible en internet: <http://www.nutricionmaternayperinatal.org>

ⁱⁱ **Un centinela del bienestar humano: Organización Panamericana de la Salud.**

<http://www.saludparalavida.sld.cu>

ⁱⁱⁱ Tomado de documentos de trabajo y presentaciones públicas sobre el propósito y la gestión de la Alianza por la Infancia en el contexto de la construcción del Plan Decenal de Infancia, realizados en Bogotá durante el 2003.