

DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD GUANTÁNAMO

COMPORTAMIENTO DE ALGUNOS INDICADORES DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL EN EL MUNICIPIO GUANTÁNAMO

Lic. Rosaida Bandera Feijoo¹, Dra. Catherine Lastre Montalvo², Lic. Víctor Manuel Méndez Torres³, Lic. Georgina Martínez Sánchez³, Dra. Bárbara Reynosa Agüero.⁵

1 Lic. En Enfermería. Instructor.

2 Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.

3 Máster en Longevidad Satisfactoria. Licenciado en Educación Especial. Instructor

4 Especialista de I Grado en Pediatría.

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal en el periodo comprendido desde el 1ro. de enero al 31 de diciembre de 2009, con el objetivo de valorar el comportamiento de algunos indicadores del programa materno infantil en el municipio Guantánamo. El universo y la muestra lo constituye el 100 % de mujeres que tuvo parto. Las variables a investigar fueron: mortalidad infantil, causa, mortalidad fetal tardía y bajo peso al nacer. La tasa de mortalidad disminuye. Las principales causa fueron: afecciones perinatales y anomalías congénitas. En las fetales tardías predominan las ocurrencias extrahospitalarias. El mayor porcentaje de fallecidos ocurrió en la edad pediátrica en el mayor de 28 días. El bajo peso al nacer tuvo una incidencia negativa. Se recomienda elaborar acciones de perfeccionamiento del Programa Materno infantil e implementarlas y mantener evaluación periódica del impacto de las mismas.

Palabras clave: indicadores, programa materno infantil.

INTRODUCCIÓN

Un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo es el nacimiento de un niño sano, sin embargo, para muchas familias el proceso de reproducción puede ser sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y, en última instancia, la muerte de la madre, del niño o de ambos.¹

La salud materno-infantil depende de las condiciones en que se inicie el embarazo y de la calidad de la atención que éste reciba durante su desarrollo, parto y puerperio. Es muy importante que el embarazo sea planificado y deseado, que la madre esté en las mejores condiciones biológicas y psicológicas, así como que las condiciones socioeconómicas sean las mejores. En ello desempeña un papel muy importante el manejo del riesgo reproductivo.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción.³ La misma comprende la atención preconcepcional, prenatal, del parto, del recién nacido, del puerperio y neonatal precoz.⁴ La causa que con más frecuencia produce la muerte y secuelas neurológicas es la hipoxia al nacer, pues estos niños son altos consumidores de oxígeno.⁵ Lang plantea que la mortalidad del recién nacido bajo peso es veinte veces mayor que la del recién nacido normopeso.⁶

Los principales indicadores de salud son muestra de la prioridad que dentro de la esfera social ha tenido la salud de la población. La esperanza de vida al nacer ha logrado un importante incremento lo que se une a una salud con calidad.

Todos los años nacen más de 20 millones de niños y niñas con un peso inferior a los 2.500 g (5.5 libras), lo que equivale al 17 % de todos los nacimientos del mundo en desarrollo, lo que demuestra que es más probable que esta situación se presente en condiciones socioeconómicas de pobreza, pues su tasa duplica el nivel de los países industrializados (7 %). Los bebés con bajo peso al nacer corren un riesgo mayor de morir durante los primeros meses y años. Los que sobreviven son propensos a sufrir alteraciones del sistema inmunológico y a presentar, más adelante en la vida, una mayor incidencia de enfermedades crónicas, como: diabetes y cardiopatías.

Entre las principales dificultades que afectan la sostenibilidad del Programa Materno Infantil en Guantánamo se pueden mencionar, identificadas por los especialistas del programa:

- Pobre modificación de los factores de riesgos modificables lo que se traduce en escaso trabajo con enfoque de riesgo.
- Insuficiente análisis en la comunidad de la situación de las gestantes, lactantes y demás problemática del programa.
- Enfoque curativo de las acciones de salud.
- Inadecuada comunicación profesional y técnica en los diferentes niveles de trabajo en todas las estructuras.
- Insuficiente utilización de la investigación como un instrumento de trabajo.
- Escaso nivel de análisis premonitor y visionario ante los problemas.

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, de corte longitudinal, con el objetivo de evaluar el comportamiento de algunos indicadores del Programa de Atención Materno Infantil en el municipio Guantánamo durante el periodo comprendido desde el 1ro de enero hasta el 31 de diciembre de 2009. El universo y la muestra estudio lo constituye el 100 % de mujeres que tuvieron parto en el año natural 2009.

El dato primario se recopila a través de la oficina de estadísticas de la Dirección Municipal de Salud Guantánamo, previo consentimiento de las autoridades competentes responsables del programa.

Las variables a investigar fueron: mortalidad infantil y causa, mortalidad fetal tardía y bajo peso al nacer.

Se extraen de la base de datos del Programa Materno Infantil el comportamiento de los indicadores: mortalidad infantil, mortalidad fetal tardía, bajo peso al nacer, tendencia de mortalidad infantil en el menor de un año, relación entre fallecidos y bajo peso, previo consentimiento informado de las autoridades competentes del programa en el municipio Guantánamo.

Los datos recogidos se procesan y la información resumida se muestra a través de tablas de distribuciones de frecuencias empleando como medidas el porcentaje (%). Se muestran los resultados en gráficos lineales, de barras y pastel para su mejor comprensión. Se comparan los resultados con estadísticas de otras regiones del país.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Cuba como país, concluyó el año 2009 con una tasa de mortalidad infantil de 4.8, indicador internacional que sintetiza el bienestar y desarrollo de una población. Ocupó el primer lugar entre los países de América y el Caribe, seguidos de Canadá con 6.0 y EEUU con 7.0. Nueve de sus provincias obtuvieron tasa por debajo de 5: (Holguín 3.5, Las Tunas 3.6, Sancti Spíritus 3.6, Pinar del Río 3.9, Camaguey 4.0, Villa Clara 4.4, Matanzas 4.5, Guantánamo 4.6 y Ciudad de La Habana 4.9) así mismo, 21, del total de los municipios concluyeron con 0 mortalidad.

El municipio Guantánamo tuvo un incremento en la natalidad del 4.37 % con relación al año anterior, representando el 47.9 % con respecto al comportamiento provincial y el 83.6 % de su incremento; excepto las áreas: Sur, Jamaica y Santa Catalina, las demás incrementaron la natalidad en el municipio. Los fallecidos menores de 1 año disminuyen en 5, con una tasa de mortalidad infantil de 4.94, similar al comportamiento del país y 0.30 décimas por encima de la tasa provincial.

Muchas mujeres embarazadas exponen a sus fetos a los efectos de los agentes teratógenos, como el tabaco y el alcohol, los cuales son peligrosos y perjudiciales para su salud y la de su hijo, también la tendencia al aumento en la edad a la cual muchas mujeres buscan la maternidad aumenta la probabilidad de aparición de patologías que requieren tratamientos farmacológicos con efectos sobre el feto. Investigaciones demuestran que el estado nutricional de la madre y las condiciones culturales y socioeconómicas constituyen determinantes en el crecimiento y desarrollo del feto, los cuales están asociados con la incidencia de retraso físico y mental asociados con el bajo peso al nacer en países subdesarrollados.^{7,8}

A pesar de los adelantos de la ciencia y la técnica, continúan naciendo anualmente en el mundo alrededor de 13 millones de niños pretérmino, los cuales inicialmente deben enfrentarse al gran reto de sobrevivir y, luego, en un elevado porcentaje, arrastrar secuelas por el resto de sus vidas. La causa del parto pretérmino es aún desconocida con exactitud; solo se sabe que es una entidad nosológica multifactorial, por lo que se habla del síndrome de parto pretérmino.^{9, 10}

En el Gráfico 1 se distribuye el comportamiento de la mortalidad infantil por áreas de salud, siendo las áreas de salud: Centro (5), Sur (5) y Caribe (3), las que aportaron el mayor número de fallecidos con el 76.4 % del total.

La OMS plantea que uno de cada seis niños presenta bajo peso al nacer y se informa un índice de 17 % a nivel mundial, consolidándose actualmente la tasa de recién nacidos bajo peso como un indicador general de salud; el factor más importante asociado con los más de 5 millones de defunciones neonatales que ocurren cada año en el mundo. Se estima que 1 de cada 10 niños, aproximadamente, ha sufrido retardo del crecimiento intrauterino y, por lo tanto, se halla en riesgo mayor de presentar deficiencia neurológicas, malformaciones congénitas y síndrome de dificultad respiratoria relacionados con factores no genéticos.^{11,12}

El peso del niño al nacer es uno de los indicadores más útiles para evaluar los resultados de la atención prenatal, las perspectivas de supervivencia infantil y la salud del niño durante el primer año de vida son indicadores, también, de la calidad de la atención prenatal.¹³

La causa que con más frecuencia produce la muerte y secuelas neurológicas es la hipoxia al nacer, pues estos niños son altos consumidores de oxígeno. Lang plantea que la mortalidad del recién nacido bajo peso, es veinte veces mayor que la del recién nacido normopeso.

La prevalencia del bajo peso al nacer tuvo una incidencia negativa en este indicador de mortalidad infantil del 29.4 %, siendo directamente proporcional con la elevada morbilidad crítica hospitalaria de este grupo de niños (Gráfico 2). El mayor porcentaje de fallecidos ocurrió en la edad pediátrica relacionado con la calidad de la atención en este grupo etario.

En el Gráfico 3 se aprecia que las afecciones perinatales y las anomalías congénitas predominaron con el 47 %, seguida de las sepsis.

Las áreas de salud Norte y Paraguay aportan las mayores de tasas de mortalidad fetal tardía, predominando las de ocurrencias extrahospitalarias con 9 casos (50 %), con la particularidad de que, 3, (33.3 %) de ellas, ocurrieron en el Hogar Materno Provincial y, 1, aportada por el municipio El Salvador (Ver Gráfico 4).

Entre las áreas de salud con mayor índice de bajo peso, tenemos: Jamaica, Norte y Caribe, es contraproducente que a pesar de los resultados desfavorables de las auditorías, visitas de incidencias realizadas a las áreas de Santa Catalina y Paraguay disminuyen de manera significativa este indicador.

Es importante señalar que este indicador mantiene un comportamiento muy desfavorable, el bajo peso CIUR y la prematuridad tuvieron un

comportamiento similar, siendo directamente proporcional éste último con la morbilidad hospitalaria en las terapias.

Como factores causales más recientes en este indicador, se encuentran: los trastornos hipertensivos del embarazo, síndrome del flujo vaginal y riesgo nutricional.

Al evaluar la atención diferenciada de estas señoras que aportaron bajo peso al nacer se puede apreciar que el 47.7 % estaba ingresado en instituciones de salud (HGD, HOMA), sin dejar que el 5.52 % (10) resultó ser ingreso tardío, llamando la atención que el 44.7 % de ellas faltó la percepción del riesgo, pues se encontraban en las áreas de salud. Siete de estas señoras fueron egresadas sin criterio de estos centros (Gráfico 5).

Las áreas de salud Jamaica, Santa Catalina y Paraguay a pesar que tienen tasa de mortalidad infantil en cero, el indicador bajo peso al nacer, independientemente que estas dos últimas logran disminuirlo, no permiten que sea sostenible esta tasa.

Dentro de otros de los indicadores con resultados favorables tenemos: la mortalidad materna que se mantiene en 0, la mortalidad en el menor de 5 años con una disminución del 31.0 %, con predominio del componente mortalidad infantil en el menor de 1 año.

CONCLUSIONES

1. La tasa de mortalidad tiende a disminuir, las áreas de salud Centro, Sur y Caribe fueron las que aportaron el mayor número de fallecidos.
2. Las principales causas de mortalidad infantil fueron: las afecciones perinatales y anomalías congénitas. En las fetales tardías predominó las ocurrencias extrahospitalarias siendo las áreas de salud Norte y Paraguay las que aportan las mayores tasas.
3. El mayor porcentaje de fallecidos ocurrió en la edad pediátrica.
4. El bajo peso al nacer tuvo una incidencia negativa, las áreas de salud que mayor inciden son: Jamaica, Norte y Caribe. En las de Santa Catalina y Paraguay disminuyen de manera significativa.

RECOMENDACIONES

- Elaborar e implementar acciones metodológicas dirigidas a perfeccionar el programa materno infantil en la atención primaria de salud y mantener evaluación periódica del impacto de las

mismas con la finalidad de planificar y reorientar acciones en correspondencia a los resultados alcanzados por etapas evaluadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garrido Reguenes C. Riesgo reproductivo. Salud y medicina. En: Álvarez Sintés. Temas de medicina general integral. v1. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2007. p.273.
2. Forcelledo Llano CR, Delgado Cruz A. Riesgo preconcepcional en el Consejo Popular Hermanos Barcón. Boletín de Medicina General Integral Pinar del Río. 2005; 6(1):24-9.
3. Lugones Botell M. Origen del aborto. Rev Cubana Med Gen Integral. 2007; 1(2) : 84-94B.
4. Prendes Labrada MC, Guibert Reyes W, González Gómez I, Serrano Borges E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integral. 2006; 17(4): 360-6.
5. Voluntad política y acción intersectorial. Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba Political will and intersectorial action. Key premises for the social determination of health in Cuba. 2007
6. Iams ID, Johnson FF, Creasy RK. Prevención del parto pretérmino. Clin Obstet Ginecol Norteam. 1991; 3 : 577-91.
7. Oughes D, Simpsom L. The role of social change in preventing low birth weight. Future Child. 2006; 5(1):87-102.
8. Hassan SS, Romero R, Maymon E, Stanley M, Sean C, Blackwell MC, et al. Does cervical cerclage prevent preterm delivery in patients with a short cervix?. Am J Obstet Gynecol. 2006;184:1325-31.
9. Iams JD, Johnson F, Sonek J, Sachs L, Gebauer C, Samuels P. Correlación de la longitud cervical medida por ecografía transvaginal con ocurrencia de parto pretérmino[internet]. [consulta 11 ene 2005]. Disponible en: <http://www.udec.cl/~depobgin/investig/invest23.html>
10. Kliegman RM. Prematurity and intrauterine growth retardation. En: Behrman RE, Kliegman RM, Aroin AM. Nelson Textbook of Pediatrics. 15th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006. p.454.

11. Ricciotti HA, Chen KT, Sachs BP. The role of obstetrical medical technology in preventing low birth weight. *Future Child.* 1995; 5(1):71-86.
12. Cuba. MINSAP. *Objetivos Estratégicos del MINSAP. 2004-2008.* La Habana : ENSAP; 2010.
13. Nandi C, Nelson M. Maternal pregravid weight, age and smoking status as risk factors for low birth weight births. *Health Rep.* 1992; 107(6):652-8.

Gráfico 1

Comportamiento de la Mortalidad Infantil por áreas de salud en el período 2009

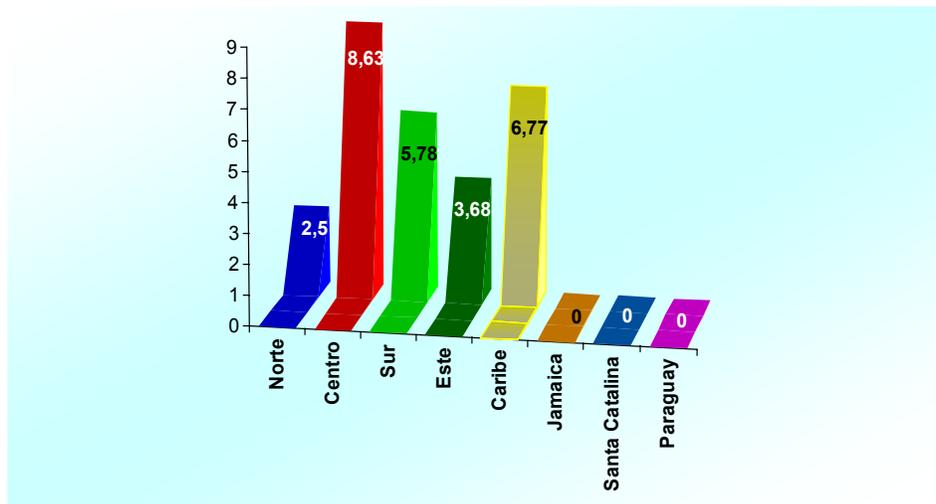


Gráfico 2

Correlacion entre el total de Fallecidos y los bajo peso fallecidos menores de año en el período 2009

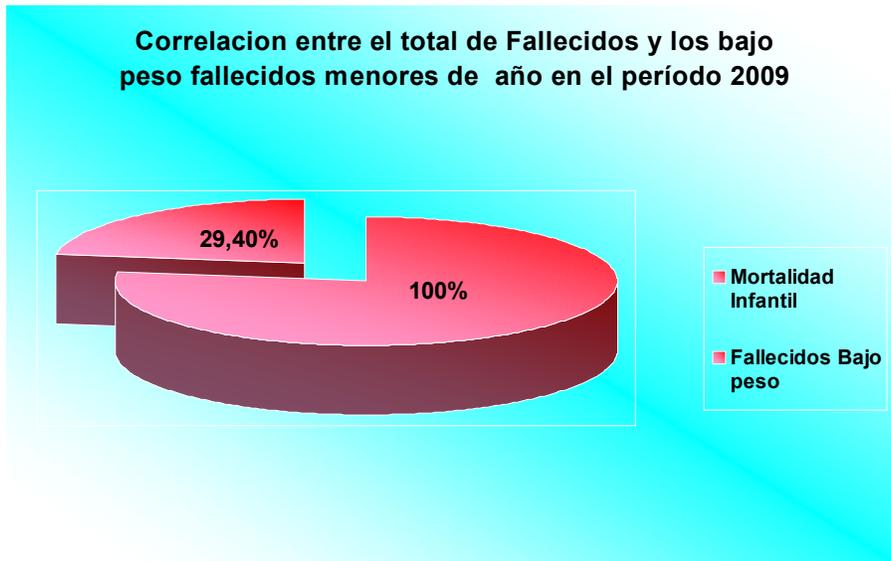


Gráfico 3

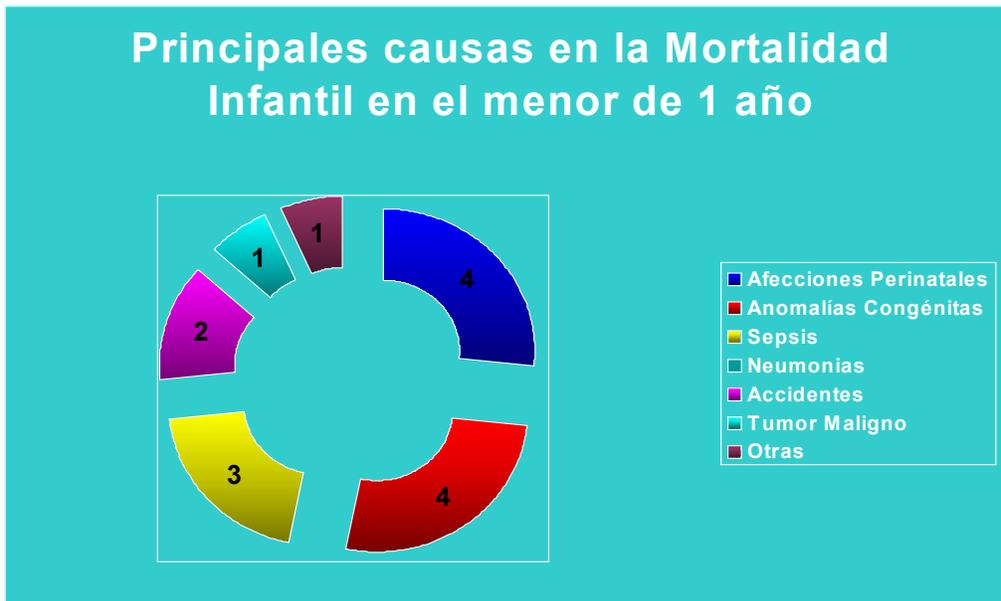


Gráfico 4

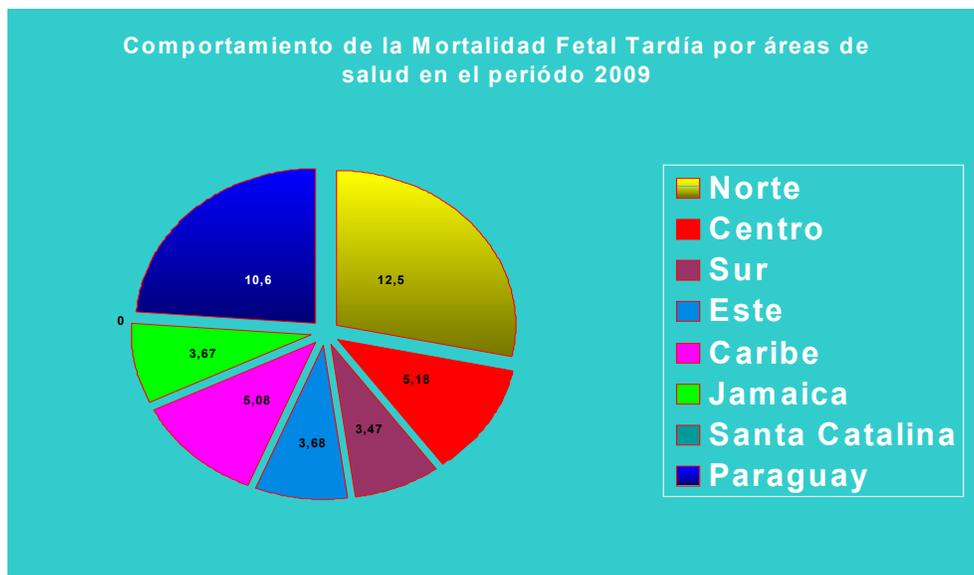


Gráfico 5

Correlación del Bajo peso al nacer y la mortalidad infantil por áreas de salud en el 2009

