COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORTALIDAD PERINATAL, EN LA DIRESA HUÁNUCO 2010-2013 (I.TRIM).

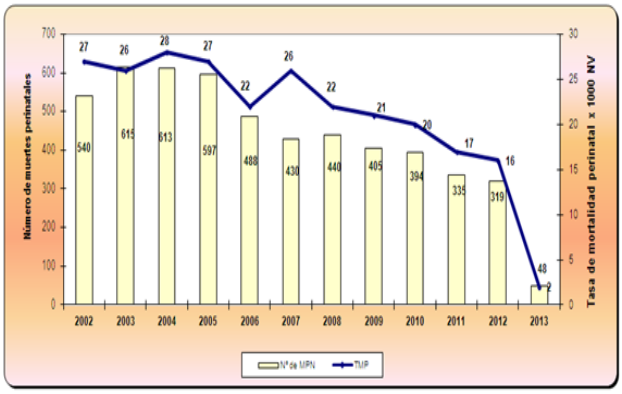
A fin de que la Región alcance el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) número 4, "reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años" la salud neonatal deberá tener carácter prioritario. La mortalidad de los recién nacidos ya no debe pasar inadvertida (47° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud-2008).

En este marco el conocimiento de la mortalidad perinatal es un hecho de gran importancia, porque nos proporciona una imagen del nivel de desarrollo y calidad de salud de los pueblos. Además, nos permite medir el estado de salud del producto de la concepción durante los dos últimos meses de vida intrauterina y los primeros 7 días de vida extrauterina.

Durante este período, el producto de la concepción está sometido a una serie de riesgos que dependen fundamentalmente del ambiente materno en el cual crece y se desarrolla, y del ambiente exterior que puede ser tan favorable o no como el ambiente materno. Las afecciones perinatales que no logran producir la muerte, ocasionan con frecuencia secuelas neurológicas y motoras, que llegan a constituir una pesada carga para la familia y la sociedad. La OMS informa que la mortalidad ligada al embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil; en el Perú representa el 62%.

El período perinatal, a pesar de su relativo corto tiempo de duración, tiene una influencia decisiva en la calidad de vida del individuo, en el desarrollo físico, neurológico y mental, condicionando fuertemente su futuro.

a) Tendencia Histórica de la Tasa de Mortalidad Perinatal Perinatal DIRESA – Huánuco 2002 -2013 (I.TRIM.)



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

En la DIRESA Huánuco la tasa de mortalidad perinatal en el periodo de análisis muestra una tendencia a la reducción de manera importante, asi vemos que en el último año del último quinquenio 2008 (22 x 1000 NV.) ,2012 (16 x 1000 NV) solo se ha logrado reducir 6 puntos porcentuales de la tasa de mortalidad perinatal.

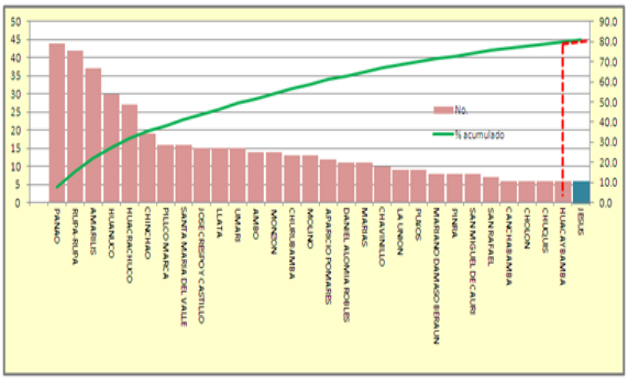
Siendo necesario que al interior de los EE.SS se reconozca y difunda en la población que la etapa perinatal se constituye en un riesgo potencial para la ocurrencia de muertes fetales y neonatales además de la elevada incidencia de daños graves e irreversibles que se producen en esta etapa de la vida.

b) Tendencia Histórica de la Tasa de Mortalidad Fetal DIRESA - Huánuco 2002 -2013 (I.TRIM)

Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

La tasa de mortalidad fetal en el periodo de análisis muestra una tendencia a la reducción de manera importante, así vemos que en el último quinquenio 2008 (13 x 1000 NV.) -2012 (9 x 1000 NV) solo se ha logrado reducir 4 puntos porcentuales de la tasa de mortalidad fetal.

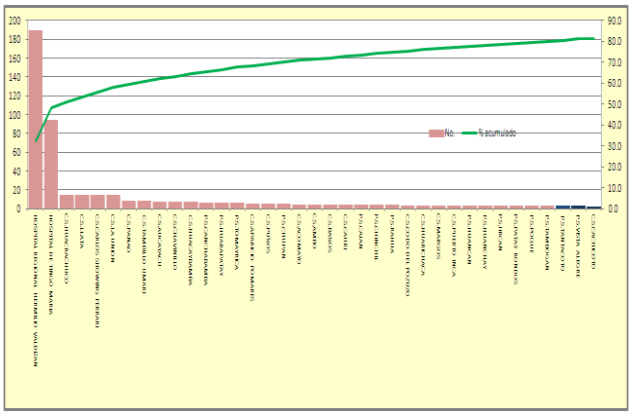
c) Pareto de la Mortalidad Fetal por Distritos DIRESA – Huánuco 2010 -2013 (I.TRIM.)



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

El grafico pareto de muertes fetales del 2010 al 2013 (SE. 01-11), muestra que el 80% de muertes perinatales equivalente a 387 de un total 560, se distribuyen en 29 distritos entre ellos Panao, Rupa Rupa, Amarilis, Huánuco, Huacrachuco, Chinchao, Pillcomarca, Santa María del Valle, José Crespo y Castillo, Llata, Umari, Ambo, Monzón, Churubamba, Molino, Aparicio Pomares, Daniel Alomia Robles, Marías, Chavinillo, La Unión, Puños, Mariano Damaso. Beraun, Pinra, San Miguel de Cauri, San Rafael, Canchabamba, Cholòn, Chuquis, Huacaybamba. Siendo importante que en estos distritos se focalicen las acciones de prevención y control de este evento de interés regional. Sin dejar de lado a aquellos distritos en los cuales se concentra el 20% del total de las muertes fetales.

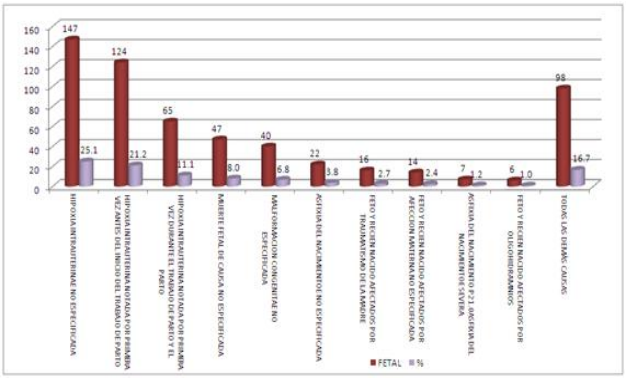
d) Pareto de la Mortalidad Fetal Por EE.SS. DIRESA - Huánuco 2010 -2013 (I.TRIM.)



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

Según el Gráfico Pareto el 80% de las muertes fetales ocurridas del 2010 al 2013 (SE.01-11) ,equivalente a 469 de un total de 586, fueron notificados por 34 Establecimientos de Salud entre ellos por el Hospital Regional Hermilio Valdizàn, Hospital Tingo María, estos dos Hospitales Concentran el 62% del 80% seguido por los C.S. Huacrachuco , Llata, Carlos Showing Ferrari, Ambo, La Unión, Umari .Siendo importante que al interior de cada EE.SS. que concentran el 80% de muertes fetales se realice un análisis minucioso de cada defunción fetal a fin conocer los determinantes que condicionan el hecho vital y consecuentemente fortalecer las estrategias de intervención basado en la NTS-074-2008, en el cual se Establece el Conjunto de Intervenciones Articuladas para la Reducción de la Mortalidad Neonatal en el Primer Nivel de Atención de Salud en la Familia y la Comunidad. Y en los establecimientos de salud. II.1. II.2. Fortalecer los procesos de atención del binomio madre – niño. En las etapas, prenatal, parto y post – natal y otros de acuerdo a la realidad local.

e) Diez Primeras causas de Mortalidad Fetal DIRESA Huánuco 2010 -2013 (I. TRIM.)



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

En el periodo de análisis la 1ra causa de mortalidad fetal recae en la ***Hipoxia Intrauterina no especificada***, situación que evidencia que el personal de salud no profundiza en el diagnóstico de la muerte fetal, al cual se suma la no realización de estudios complementarios en nuestro medio entre ellos la necropsia de muertes fetales, la 2da causa corresponde a **la hipoxia intrauterina notada por primera vez antes del trabajo de parto.**

Y a 3^{era} causa **a la Hipoxia intrauterina notada por primera vez durante el trabajo de parto,** causas que según la literatura se producen por ciertas afecciones de la madre, focalizadas en a placenta y/o cordón umbilical, y también por afecciones relacionadas al propio feto, como deterioro en la oxigenación materna (enfermedades cardiopulmonares y anemia),insuficiente irrigación placentaria (hipotensión materna, anomalías en la contracción uterina), alteración en el intercambio de gases en la placenta (desprendimiento prematuro, placenta previa, insuficiencia placentaria), interrupción en la circulación umbilical (compresión o accidentes en el cordón) o incapacidad del feto para mantener una función cardiocirculatoria adecuada (anemia fetal, anomalías cardíacas, arritmias.

La hipoxia es un reto para todo el equipo de atención perinatal, pero no hay acuerdo de cuál es la mejor manera de diagnosticarla intrautero. Es claro que cuantos más parámetros combine una prueba, mejor será para identificar al feto enfermo. Sin embargo, la mayoría de las pruebas diagnósticas tienen una alta sensibilidad, pero una baja especificidad, por lo que el numero de falsos positivos es muy alto.

Con el objetivo de, no sólo reconocer al feto asfíctico, sino también la intensidad de la asfixia y su posible implicación en posteriores lesiones neurológicas, existen una serie de métodos diagnósticos tanto en el anteparto como en el intraparto.

La Frecuencia cardiaca fetal es uno de los mejores parámetros para la valoración del bienestar y de la hipoxia fetal en el ante parto. Es un método fácil de realizar, bien tolerado por la embarazada y que no requiere aparataje sofisticado. Se considera normal una frecuencia entre 120-160 latidos por minuto; la bradicardia inferior a 100 l/m, mantenida, es un signo de hipoxia fetal.

Sin embargo es importante recordar que los factores que contribuyen a la variabilidad de la FCF son la presión sanguínea y la actividad del SNC del feto; a medida que aumenta la edad gestacional, la frecuencia cardiaca basal disminuye, aumentando la variabilidad. La variabilidad del ritmo cardiaco es inversamente proporcional al nivel de oxígeno en sangre fetal, por lo que un ritmo saltatorio puede ser el primer signo de hipoxia: por el contrario, la disminución o pérdida de la variabilidad es un signo de hipoxia crónica.

Estas tres primeras causas son seguidas por otras causas no menos importantes, entre ellas muerte fetal de causa desconocida,malformación congénita no especificada, asfixia del nacimiento no especificada entre otros..

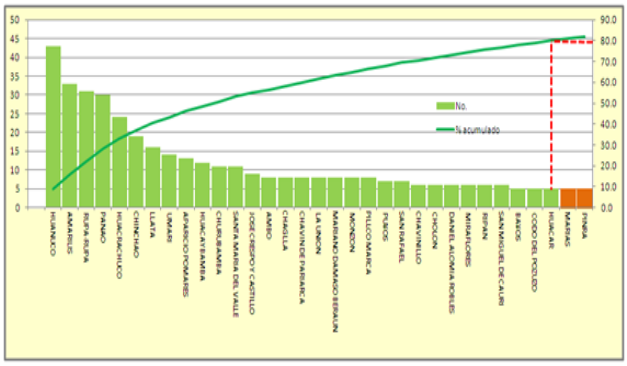
f) Tendencia Histórica de la Tasa de Mortalidad Neonatal DIRESA - Huánuco 2002 -2013 (I.TRIM.)

Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

En la DIRESA Huánuco la Tasa de mortalidad neonatal en el periodo de análisis muestra una tendencia a la reducción de manera lenta, asi vemos que en el último año del último quinquenio 2008 (9 x 1000 NV.) -2012 (7 x 1000 NV), solo se logro reducir 2 puntos porcentuales de la tasa de mortalidad en dicho periodo.

Respecto al año 2011, se ha **reducido en un 15% (25),** las muertes neonatales, siendo las principales intervenciones: contratación de personal de salud priorizando las zonas alejadas, mejoramiento de competencias, investigación clínica – epidemiológica de defunciones, mejoramiento de capacidad resolutiva para la atención del Recién Nacido, capacitación en intervenciones con enfoque de riesgo – MOPECE "Módulo de Epidemiológica Básica para el Control de las Enfermedades Transmisibles". Acciones que requieren ser fortalecidas y sostenibles en el tiempo para el logro de la meta del 4to objetivo del milenio de reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años al 2015 con relación al año 1990. En lo que va del año se tienen notificado 18 muertes neonatales los que hacen una tasa de mortalidad neonatal acumulada de 1 x cada 1000 NV.

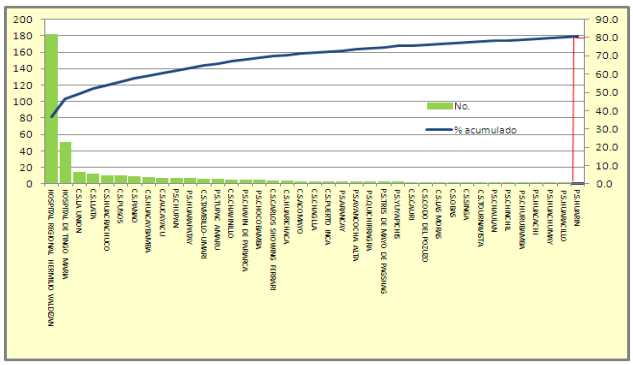
g) Grafico Pareto de las Defunciones neonatales por Distritos DIRESA - Huánuco 2010 - 2013 (I. TRIM.)



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

El grafico pareto de muertes neonatales del 2010 al 2013 (SE.01-11), muestra que el 80% de muertes neonatal equivalente a 387de un total 484 se distribuyen en 31 distritos Huánuco, Amarilis, Rupa Rupa, Panao, Huacrachuco, Chinchao, Llata, Umari, Aparicio Pomares, Huacaybamba, Churubamba, Santa Maria del Valle, José Crespo y Castillo, Ambo, Chaglla, Chavin de Pariarca, La Unión, Mariano Damaso. Beraun, Monzón, Pillcomarca, Puños, San Rafael, Chavinillo, Cholón, Daniel Alomia Robles, Miraflores, Ripán, San Miguel de Cauri, Baños, Codo del Pòzuzo, Huàcar, siendo importante que en estos distritos se enfatice las acciones orientadas a la reducción de la mortalidad Neonata en el marco de la NTS 074.

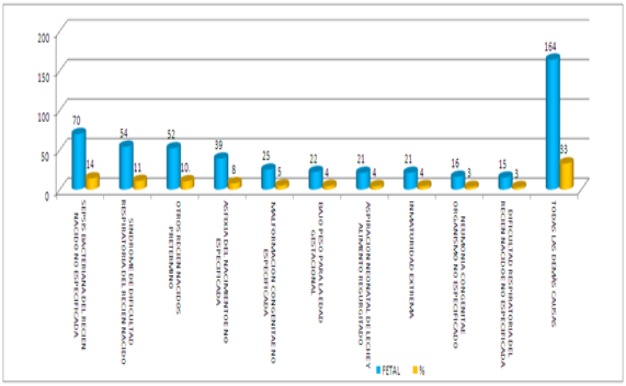
h) Grafico Parto de los Establecimientos de Salud de Defunciones neonatales por Distritos DIRESA – Huánuco 2010- 2013 (I.TRIM.)



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

El grafico pareto de muertes neonatales del 2010 al 2013 (SE.01-11), muestra que el 80% de muertes equivalente a 400 de 499 corresponde a 38 EE.SS. entre ellos Hospital Regional Hermilio Valdizan, Hospital Tingo María, C.S. La Unión, Codo del Pozuzo, Las Moras, Obas, Singa, Tournavista, Cauri. Llata, Huacrachuco, Puños, Panao, Huacaybamba, Aucayacu, Chupan, Huarapatay, Tambillo-Umari, Chavinillo, Chavin de Pariarca, Chocobamba, Carlos Showing Ferrari, Huarichaca, Acomayo, Chaglla, Puerto Inca, P.S. Arancay, Ayancocha Alta, Tupàc Umari Quichirragra, Tres de Mayo de Pagshag, Yuyapichis, Chaulan, Chinchil, Churubamba, Huacachi, Huachumay, Huaracillo, siendo importante que al interior de estos EE.SS. se realice un análisis minucioso de cada muerte neonatal independientemente del lugar de ocurrencia a fin de identificar los determinantes existentes en el entorno familiar, comunidad y de servicios que vienen ocasionado las muertes neonatales, consecuentemente plantear acciones de intervención basado en la normatividad vigente y en la realidad local.

i) Diez Primeras causas de Mortalidad Neonatal DIRESA Huánuco 2010 - 2013 (I.TRIM.)



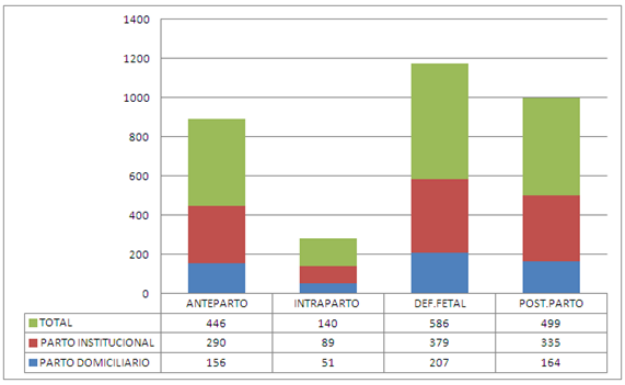
Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal.

Entre las 10 primeras causas de mortalidad neonatal en la DIRESA Huánuco en el periodo de análisis se ubica en el 1er lugar la sepsis bacteriana del RN no especificado, las infecciones neonatales pueden clasificarse según el germen que la causa ó por el momento en el que se produce el contagio. Casi todas las infecciones neonatales ocurren en la primera semana de vida y son consecuencia de la exposición a microorganismos de los genitales maternos durante el parto. Sin embargo, en los últimos decenios, con los avances en el cuidado intensivo neonatal y la supervivencia de neonatos de muy bajo peso, que requieren periodos de hospitalización muy prolongados, la incidencia de infección tardía ha aumentado en todas las unidades neonatales. En nuestro medio esta causa básica de muerte de neonatos no tiene evidencia científica local relacionado al germen causante de la sepsis bacteriana del RN , siendo importante que los Hospitales de referencia de nuestra DIRESA implementen este servicio para poder contribuir a la reducción de este evento de interés regional ya que el conocimiento de los agentes patógenos que causan la sepsis bacteriana orientaría las acciones de prevención y reducción de la muerte neonatal principalmente de las que ocurren en EE.SS.

En el 2do lugar se ubica el síndrome de Distres Respiratorio del RN. Constituye el trastorno más frecuente observable en el periodo neonatal inmediato, caracterizado por la presencia de taquipnea, retracción y quejido pudiendo ser producido por diversas causas; neumonia connatal, aspiración meconial, neumotorax, neumomediastino, malformación congénita, etc., pero la más frecuente y la que causa mayor mortalidad en el periodo neonatal es el Síndrome de Dificultad Respiratoria idiopático o Síndrome de membrana hialina (SRDI o SMH). La 3ra causa corresponde a otros RN pretermino, es importante identificar los problemas generales asociados a esta causa de muerte como lo es la Termorregulación, Hiperbilirrubinemia, Anemia del prematuro, Alteración de la coagulación entre otros.

Estas tres primeras causas es seguida por otras no menos importantes entre las que podemos mencionar A la asfixia del Nacimiento no especificada, malformación congénita no especificada entre otros.

j) Muerte Fetal y Neonatal según Lugar y Momento del Parto. DIRESA Huánuco 2010-2013- (I.TRIM.)



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal.

El grafico muestra el Nº de muertes fetales y El Por Lugar de Ocurrencia y momento de las muertes fetales y neonatales del 2010 al 2013 (SE01-11), evidencia que tanto las muertes fetales como las neonatales ocurren luego de un parto institucional, seguido del parto domiciliario, respecto a las muertes fetales estas se producen con mayor frecuencia en el anteparto (446) , seguido del intraparto (140) situación epidemiológica que requiere de estudios de investigación para abordar de manera màs cercana los determinantes que están condicionando esta característica de muertes fetales y neonatales en nuestra Región.

k) Matriz BABIS de Muerte Fetal y Neonatal DIRESA Huánuco 2010-2013 (I .TRIM.)

PESO DENOMINACIÓN	MUERTE FETAL			MUERTE NEONATAL		
	ANTEPARTO	INTRAPARTO	TOTAL	PRE ALTA	POST-ALTA	TOTAL
500-1499 grs	127 (22%)	25 (4.2%)	152	59 (11.8%)	49(9.8%)	108(21.7%)
1500-2499 grs	135(23%)	29(4.9%)	164	71 (14.3%)	112 (22.5%)	183(36.9%)
2500 o màs grs	184(31.-%)	86 (15%)	270	66 (13.3%)	139(28%)	205(41.3%)
TOTAL	446 (76%)	140 (24%)	586 (100%)	196 (49.5%)	300 (60%)	496 (100%)

Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal.

La matriz BABIS es un instrumento simple que permite intervenir, evaluar el sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal y neoanatal teniendo en cuenta el peso al nacer y la edad al morir tanto de los fetos como de los neonatos.

Asi la Matriz Babis de muerte fetal y neonatal de la DIRESA Huánuco para el periodo 2010 al 2013 (SE.01-11) se tiene que el 76% de muertes fetales equivalente a 446 muertes fetales de un total de 586 con pesos que oscilan entre los 500g a más de 2500g, situación que orienta a enfatizar los cuidados de la salud materna enfatizando la planificación familiar, adecuada nutrición, el Diagnóstico y tratamiento precoz de infecciones de trasmisión sexual, de enfermedades, pre existentes, vigilar de una adecuada nutrición y suplementarían de

micronutrientes durante el embarazo , asi como realizar una adecuada atención prenatal.

El 24% (140) de las muertes fetales ocurrieron en el intraparto, con pesos que oscilaban entre los 500 g y más de 2500 glo que implica fortalecer el acceso a los servicios de salud de las gestantes con personal de salud capacitados para brindar una adecuada atención del parto, y monitoreo estricto , asegurando el aceceso a cuidados de emergencias obstétricas.

Respecto a la mortalidad neonatal de 496 muertes neonatales ocurridas en el periodo de análisis el 40% ocurrió en el pre alta es decir antes de salir del EE.SS. ante un parto institucional y domiciliaria antes de que el personal se retire del domicilio situación que evidencia un inadecuado sistema de atención neonatal (reanimación calor, infecciones) siendo importante que a nivel Regional se continúe mejorando las competencias del personal de Enfermería en atención del RN.

Y el 60% ocurrió en el Post Alta hasta los 28 días de edad del RN.Lo que implica impulsar las acciones de consejería a las madres para mejorar el cuidado del RN, relacionado al cuidado del cordón umbilical, lactancia materna exclusiva etc.

m) Conclusiones.

1. La tasa de mortalidad perinatal en el último quinquenio del periodo analizado muestra una tendencia a la reducción importante en 6 puntos porcentuales en relación a la tasa de Mortalidad perinatal al entre el año 2008 (22 x 1000 NV y 2012 (16 x 1000 NV).
2. La tasa de Mortalidad fetal en el último quinquenio se logro reducir en 4 puntos porcentuales 2008: (13 x 1000 NV) 2012 (9 x 1000 NV).
3. La tasa de mortalidad neonatal en el último quinquenio se logro reducir en 2 puntos porcentuales 2008 (9 x 1000 NV) 2012 (7 x 1000 NV).
4. Los 10 distritos que al periodo de análisis según el gràfico de pareto que concentran el mayor Nº de muertes fetales son Panao, Rupa Rupa, Amarilis, Huánuco, Huacrachuco, Chinchao, Pillcomarca, Santa María del Valle, José Crespo y Castillo y Llata.
5. Los EE.SS. que concentran el mayor Nº de muertes fetales son el Hospital Hermilio Vladizàn, y Tingo Maria, C.S. Huacarchuco, Llata y C.S. Carlos Showing Ferrari.
6. Los 10 distritos que concentran el mayor Nº de muertes neonatales según el gráfico pareto son Huànuco, Amarilis, Rupa Rupa, Panao, Huacrachuco, Chinchao, Llata, Umari, Aparicio Pomares y Huacaybamba.
7. Los Establecimientos con mayor concentración de muertes Neonatales al periodo de análisis son el Hospital Hermilio Valdizàn, el Hospital Tingo Maria, el C.S. Llata, C.S. La Uniòn y C.S de Huacrachuco.
8. Tanto las muertes fetales y neonatales por tipo de parto se producen luego de un parto institucional.
9. Las tres primeras causas de mortalidad fetal corresponde a la Hipoxia intrauterina no especificada, hipoxia intrauterina notada por primera vez antes del trabajo del parto, y la hipoxia intrauterina notada por primera vez en el parto y durante el trabajo de parto,
10. Las tres primeras causas de muertes neonatales al periodo analizado fueron, sepsis bacteriana del RN, síndrome de Distres Respiratorio del RN y Otros RN Pretermino,

n) Recomendaciones:

1. Fortalecimiento de la aplicación de la Norma Tecnica de Salud 074-2008, en el cual se Establece el Conjunto de Intervenciones Articuladas para la Reducción de la Mortalidad Neonatal en el Primer Nivel de Atención de Salud en la Familia y la Comunidad. Y en los establecimientos de salud. II.1. II.2. Fortalecer los procesos de atención del binomio madre – niño. En las etapas, prenatal, parto y post – natal. Con el objetivo de reducir tanto las muertes fetales así como las neonatales en la Región Huánuco a través de capacitaciones del personal involucrado con el cuidado de la salud materna y del RN.
2. Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y Neonatal según la NTS .078.
3. Focalización de las intervenciones de reducción de la mortalidad fetal y neonatal según distritos y EE.SS que concentran el mayor Nº de muertes fetales y neonatales.
4. Supervisión y Monitoreo a los Establecimientos que conforman los Distritos con mayor incidencia de muertes fetales y neonatales.

ACT/ act.