

ORIGINALES BREVES

Impacto de una red comunitaria de apoyo psicosocial en la salud perinatal

M. Avitia Talamantes^a, N. Martínez Olivas^b, R. Ramírez Gutiérrez^a, R. Cienfuegos Zurita^a
y M. Levario-Carrillo^a

Instituto Mexicano del Seguro Social en Chihuahua. México.

Objetivo. Determinar el impacto de una intervención comunitaria en la salud perinatal.

Diseño. Intervención comunitaria.

Emplazamiento. Nivel comunitario, en Chihuahua, México.

Participantes. Se diseñó una intervención comunitaria incluyendo mujeres embarazadas ($n = 1.233$) antes de la semana 22 de gestación, de las cuales 1.148 concluyeron el seguimiento (6,74% de pérdidas; grupo de intervención, 261, y grupo control, 887), todas ellas residentes en las colonias periféricas de las 2 localidades. Mediante un sorteo aleatorio se asignaron a los grupos de estudio.

Intervención. Consistió en 5 visitas previas al parto en las semanas 22, 26, 30, 34 y 38, así como una visita en el puerperio en los primeros 8 días, en las que se les proporcionó apoyo de tipo social y educativo. Al grupo control se le visitó en 2 ocasiones, semana 22 y puerperio, indicándoles continuar con las medidas habituales.

Mediciones y resultados principales. Tasa de mortalidad perinatal, parto prematuro (< 37 semanas), bajo peso al nacer (< 2.500 g) y morbilidad perinatal.

La tasa de mortalidad perinatal fue menor en el grupo de intervención (3,8 por 1.000 nacidos vivos); en el grupo control fue de 13,1.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en parto prematuro, bajo peso al nacer y morbilidad perinatal.

Conclusión. La intervención comunitaria proporciona apoyo a mujeres embarazadas con factores de riesgo psicosocial; sin embargo, no contribuye a disminuir de forma significativa el parto prematuro, el bajo peso al nacer o las complicaciones perinatales.

Palabras clave: Red comunitaria; Salud perinatal.

IMPACT OF A COMMUNITY NETWORK OF PSYCHO-SOCIAL SUPPORT ON PERINATAL HEALTH

Objective. Determine the impact of a community intervention in perinatal health in, cities of the State of Chihuahua, Mexico.

Patients, material and methodology. A community intervention was designed including pregnant women ($n = 1233$), and finally 1148 (6.74% of loss) group intervention ($n = 261$) control group ($n = 887$). Intervention consisted of five visits prior to delivery during the 22nd, 26th, 30th, 34th and 38th weeks, as well as a visit during the first 8 days in puerperium, providing social and educational support. In regards to the control group, they were visited in two different occasions, week 22 and puerperium, indicating them to continue with their regular care.

The outcome variables were perinatal mortality, premature birth (< 37 weeks), low weight at birth (< 2500 grams) and perinatal morbidity.

Results. Perinatal mortality rate was smaller in the intervention group 3.8 per 1000 born alive; perinatal mortality in the control group was 13.1.

No statistically considerable difference was found in premature birth, in low weight at birth and in perinatal morbidity.

Conclusion. Community intervention provides a support to pregnant women under psychosocial risk factors; nevertheless, it does not contribute to considerably decrease premature birth, low weight at birth or perinatal complications.

(Aten Primaria 2000; 26: 485-487)

Este proyecto fue financiado por el Sistema Regional de Investigación Francisco Villa del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología 95 02020.

^aM.C. ^bLicenciada Enfermería.

Correspondencia: Margarita Levario-Carrillo.
Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica.
Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General Regional 1. Tercer Piso.
Avda. Universidad y García Conde, s/n. Chihuahua, México.
Correo electrónico: mlevario@mailcity.com

Manuscrito aceptado para su publicación el 3-V-2000

Introducción

Son múltiples los factores asociados a la mortalidad perinatal, entre ellos el nivel socioeconómico y cultural bajo, que conlleva a restar importancia al proceso reproductivo condicionando un control prenatal ausente, embarazos no deseados, períodos intergenésicos cortos y un estado nutricional inadecuado, lo que incrementa el riesgo de enfermedad durante la gestación¹⁻⁴.

Una estrategia utilizada para mejorar la salud perinatal es el apoyo psicosocial⁵⁻¹⁰, que se considera como un sistema de relaciones formales e informales a través de las cuales un individuo recibe el apoyo emocional, cognoscitivo y material necesario para enfrentar experiencias difíciles¹¹. Investigaciones realizadas para determinar el impacto de este apoyo en la salud perinatal informan resultados controvertidos; se han demostrado efectos positivos sobre el peso al nacer, atribuyendo a este tipo de intervenciones un efecto protector durante la gestación⁵⁻¹⁰, y recomendándose para mujeres cuya área de residencia tiene un limitado acceso al control prenatal⁷.

Otros estudios concluyen que, a través de intervenciones diseñadas para proveer apoyo y educación para la salud durante el embarazo de alto riesgo, es poco probable lograr reducir la incidencia de bajo peso al nacer⁶, mejorar el control prenatal o el conocimiento de los signos y síntomas de alarma durante la gestación⁹.

En este estudio, se aplicó una intervención (red de apoyo comunitaria), con el fin de medir su influencia en la salud perinatal, en mujeres embarazadas con alto «riesgo psicosocial» residentes en las colonias periféricas de las ciudades de Delicias y Parral, Chihuahua, México. Con la modalidad respecto a autores anteriores, que han establecido redes de apoyo psicosocial en centros hospitalarios⁵, de involu-

crar a personas radicadas en la misma comunidad, capacitadas y supervisadas por un equipo de salud de los centros hospitalarios participantes.

Pacientes, material y métodos

Se realizó un estudio de intervención comunitaria, iniciando con un censo de mujeres con diagnóstico de embarazo, identificando pacientes con «alto riesgo psicosocial» como: falta de compañero, menores de 20 años o mayores de 35, baja escolaridad, sin servicio médico, primigestas o con más de 5 gestaciones, tabaquismo, alcoholismo; luego se asignaron aleatoriamente a los grupos de estudio. Se incluyeron 1.233 pacientes, 296 al grupo de intervención y 937 al grupo control. La capacitación del personal participante que integró la red se inició con la concertación con las escuelas de enfermería en Ciudad Delicias y Parral, Chihuahua, México y con la organización social propia de la comunidad (promotoras voluntarias de Fomento a la Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social).

Se solicitó el consentimiento informado de los 2 grupos en la primera visita, que se realizó en la semana 22 de gestación; el proyecto fue aprobado por los comités de investigación y ética de las unidades participantes. Las mujeres del grupo control recibieron la atención de rutina en su servicio médico; las que no contaban con éste, lo recibieron en los servicios de salud del Estado. Por otra parte, no eran previsibles efectos negativos atribuibles al programa, mientras que al grupo de intervención se les efectuaron 4 visitas en las semanas 26, 30, 34 y 38, así como una visita en el puerperio en los primeros 8 días, donde se les proporcionó información sobre factores de riesgo, orientación nutricional, efectos del tabaco en el embarazo, información sobre los servicios de salud accesibles en su comunidad y la importancia del control prenatal.

En todas las visitas se discutían temas generales relacionados con la salud durante el embarazo, se conversaba sobre los signos de alarma y se aclaraban las conductas adecuadas a seguir en cada situación. Los temas se adaptaban a las circunstancias particulares en cada caso. Una vez que tuvo lugar el parto, se acudió al lugar para realizar la medición de las variables de desenlace y se realizó una última visita a los 8 días de ocurrido el episodio obstétrico para volver a medirlas.

El personal participante en la red comunitaria fue supervisado por un director de grupo en cada una de las comunidades participantes, con evaluación semanal de las acciones realizadas, así como con visitas periódicas a las pacientes que se incluyeron a la intervención sin previo aviso para determinar que el proceso se estaba realizando.

Las variables de desenlace que se midieron para este estudio fueron:

– Muerte perinatal, considerada como aquella que ocurre después de la semana número 28 de gestación y durante la pri-

TABLA 1. Características clínicas y demográficas de los grupos estudiados

Variable		Grupo intervención (n = 261)		Grupo control (n = 887)		p
		n	%	n	%	
Ciudad	Delicias	108		517		
	Parral	153		370		
Estado civil	Casada	237	91	814	92	0,62
	No casada	24	9	73	8	
Ocupación	Hogar	197	75	676	76	0,80
	Fuera del hogar	64	25	211	24	
Estudios	Educación primaria o inferior	176	67	544	61	0,07
	Secundaria o superior	85	33	343	34	
Servicio médico	Con acceso	229	88	831	94	< 0,01
	Sin acceso	32	12	56	6	
Edad materna	< 20 y > 35 años	57	22	207	23	0,76
	21-34 años	204	78	680	77	
Tabaquismo activo	Positivo	12	5	44	5	0,81
	Negativo	249	95	843	95	

mer semana de vida en un recién nacido con peso ≥ 1.000 g.

– El peso al nacer se determinó como bajo en los nacidos ≤ 2.500 g. Se consideró parto pretermino a los nacimientos de menos de 37 semanas.

– La morbilidad perinatal se identificó al través del expediente clínico del recién nacido en la visita que se realizó en el puerperio, considerando como presente o ausente según el diagnóstico médico (hiperbilirrubinemia, taquipnea transitoria, hipoglucemia, hipocalcemia u otra patología que hubiese requerido que el recién nacido permaneciera en el hospital). Los resultados del programa se midieron a través de evaluaciones realizadas de igual forma en el grupo de intervención y control por personal que desconocía el grupo al que pertenecía cada caso.

Análisis estadístico

El tamaño de la muestra se calculó con un 80% de poder de prueba y un 95% de confianza; se tomó como variable de referencia la mortalidad perinatal en la zona de estudio (20 por 1.000 nacidos vivos en promedio), en comparación con la tasa nacional promedio (15 por 1.000 nacidos vivos) esperando una disminución de la tasa de mortalidad perinatal en el grupo de intervención de al menos 0,005 ($n = 1.015$), 4 controles por caso; se consideró conveniente incrementar en un 20% el tamaño de la muestra ($n = 1.233$), teniendo en cuenta la tasa de abandono. Los datos se procesaron con el programa Dbase III plus¹² y se analizaron con el paquete estadístico STATA 5,0¹³. Se realizó un análisis univariado para todas las variables estudiadas, un análisis bivariado con las características generales de los grupos para evaluar la eficiencia de la aleatorización de los grupos; con la razón de incidencia acumulada se midió el efecto de la red en la disminución de la mortalidad perinatal. La diferencia de proporciones en el parto pretermino, el bajo peso al nacer y la morbilidad perinatal se evaluaron con la ji-cuadrado o la prueba exacta de Fisher.

Resultados

Se incluyeron 1.233 pacientes, de las cuales 85 no concluyeron el estudio, lo que corresponde a un 6,74% de pérdidas, en las que no fue posible realizar el seguimiento. Las características clínicas y demográficas de los grupos estudiados se observan en la **tabla 1**, donde podemos ver que se logró una adecuada aleatorización entre los grupos (intervención y control) con excepción del acceso al servicio médico, en donde una mayor proporción de pacientes tuvo acceso al servicio médico en el grupo control; las características fueron similares respecto a los predictores tanto de bajo peso al nacer como de mortalidad perinatal. La media de edad fue 25 años, con un rango de 14-43.

Se observó un total de 13 muertes perinatales. La tasa de mortalidad perinatal fue menor en el grupo de intervención (3,8 por cada 1.000 nacidos vivos); en el grupo control fue de 13,1; la razón de incidencia acumulada se determinó en 0,013 para el grupo control y 0,003 para el grupo que recibió la intervención comunitaria. El bajo peso al nacer (6%) fue similar en los 2 grupos y no se determinaron las diferencias en parto pretermino ($p = 0,44$).

Las enfermedades perinatales del recién nacido (hiperbilirrubinemia, taquipnea transitoria, hipoglucemia, hipocalcemia) se presentaron en mayor proporción en el grupo control: 9 frente a 7% en el otro grupo (**tabla 2**).

Discusión

En el estudio la tasa de mortalidad perinatal fue menor en el grupo de in-

TABLA 2. Relación entre el apoyo a través de una red comunitaria durante el embarazo y los efectos en la salud perinatal

Variable	Grupo de intervención (n = 261)		Grupo control (n = 887)		p
	n	%	n	%	
Parto prematuro	Sí	20	8	56	0,44
	No	241	92	831	
Bajo peso al nacer	Sí	15	6	52	0,94
	No	246	94	835	
Morbilidad perinatal	Sí	18	7	79	0,30
	No	243	93	808	
Mortalidad perinatal	Sí	1	0,38	12	0,16
	No	260	99,62	875	

intervención, mientras que en el grupo control se comportó como habitualmente lo hace en las comunidades participantes, con resultados similares a los informados por otros autores para esta variable⁸, en donde la proporción de óbitos fue menor en el grupo correspondiente a la intervención, pero dado el número reducido de casos no se alcanza significación estadística, aunque reflejan una tendencia hacia un efecto protector del apoyo psicosocial durante el embarazo.

No se observaron diferencias en las variables principales: bajo peso al nacer, parto pretermino y complicaciones perinatales en el recién nacido; sin embargo, la significancia biológica y clínica indica que esta estrategia puede ser recomendable para comunidades como las aquí estudiadas. Estudios realizados en países latinoamericanos con una muestra mayor que la aquí estudiada señalan datos similares para estas variables⁹⁻¹².

El bajo peso al nacer, así como la influencia del nivel socioeconómico, han sido variables que se han asociado con este problema de salud^{5,6}. Sin embargo, esta estrategia no se relacionó con un cambio favorable en la media del peso al nacer, tal como informan otros autores⁸⁻¹³. Langer et al⁸ encontraron efectos positivos sobre la media del peso al nacer y la edad gestacional en la muestra total y en algunos estratos. Estos resultados pudieran estar influenciados por el hecho de que una menor proporción de mujeres del grupo de intervención tuviera acceso a un servicio médico institucional desde el inicio de su gestación, lo que limita la oportunidad de un control prenatal estrecho que permitiría diagnosticar oportunamente hipomovilidad fetal, retraso en el crecimiento intrauterino (entre otras causas de morbilidad y mortalidad perinatal¹⁴), así como

contribuir a una adecuada o suficiente calidad de atención prenatal^{15,16}. Entre las limitaciones del estudio, es importante discutir las pérdidas, en las cuales no se determinó un sesgo de selección ya que las características clínicas y generales de las pacientes fueron similares a las de los grupos estudiados; además la proporción de pérdidas (6,8%) se encuentra dentro de límites aceptables.

Otro aspecto lo constituye el tamaño de la muestra, en el cual se calculó con un 80% de poder de prueba y con 4 controles por una paciente del grupo de intervención, lo que influye en que los números absolutos de las variables de desenlace sean reducidos y limita el manejo de los datos. Otros estudios que utilizan estrategias similares han situado el poder de prueba en un 90%⁸⁻⁹, así como un mayor tamaño de muestra como 7.952 embarazadas¹².

Los efectos de intervenciones similares sobre la incidencia de parto prematuro¹¹ muestran evidencias de una prevención potencial del mismo; sin embargo, los resultados aquí obtenidos no apoyan el efecto protector de una intervención comunitaria, para incidir en este problema de salud en áreas donde las características socioculturales determinan un incremento en el riesgo para la salud perinatal.

Los escasos recursos de los países en desarrollo indican que previo a la implementación de un programa de salud éste debería ser valorado para así medir el impacto y ponderar el costo y beneficio del mismo tanto individual como comunitariamente¹¹. La realización de este estudio en el ámbito comunitario y no desde los centros hospitalarios podría contribuir a aportar estrategias de investigación a partir de esta metodología.

Bibliografía

1. Torres Ruvalcava A, Ramírez-Andrade F, Azuara-Bustamante J, Torres-Montes A, García-Reyes J, Lima de Canseco V et al. Mortalidad perinatal en San Luis Potosí, 1988. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1990; 47: 543-548.
2. Lardelli P, Blanco J, Delgado-Rodríguez M, De Dios Luna J, Galves R. Influence of socioeconomic and health care development on infant and perinatal mortality in Spain 1975-1986. *J Epidemiol Community Health* 1993; 47: 260-264.
3. León D. Influence of birth weight on differences in infant mortality by social class and legitimacy. *BMJ* 1991; 48: 71-77.
4. Bailey P, Dominik R, Janowitz B, Araujo L. Assistência obstétrica e mortalidades perinatal em uma área rural do nordeste Brasileiro. *Bol of Sanit Panam* 1991; 111: 306-317.
5. Langer A, García C, Leisy, Reynoso S, Hernández B. El apoyo psicosocial durante el embarazo como una estrategia para promover la salud del recién nacido. *Rev Invest Clin* 1993; 45: 317-328.
6. Villar J, Farnot U, Barros F, Vicioria C, Langer A, Belizan JM. A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. *N Engl J Med* 1992; 327: 1266-1271.
7. O'Rourke R, Howard G, Seoane G. Impact of community organization of women on perinatal outcomes in rural Bolivia. *Pan Am J Public Health* 1998; 3: 9-14.
8. Fangman J, Mark M, Pratt L, Conway K, Healey M, Oswald J et al. Prematurity prevention programs: an analysis of successes and failures. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 744-750.
9. Belizan J, Barros F, Langer A, Farnot U, Vicioria C, Villar J. Impact of health education during pregnancy on behavior and utilization of health resources. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 894-899.
10. Olds DL, Henderson CR, Talelbaum R, Chabernain R. Improving the delivery of perinatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986; 77: 16-28.
11. Langer A. La colaboración internacional para la investigación en salud pública: el caso de la red Latinoamericana de investigación perinatal. *Salud Pública Mex* 1991; 33: 410-416.
12. IBM/MSDOS. DbASE III Plus. Ashton-Tate, 1984.
13. Stata Corp: Stata Statistical software. Realease 5.0 College Station: Stata Corporation, 1997.
14. Romero-Gutiérrez G, Sánchez-Cortés R, Soto-Pompa V, Rodríguez-Flores P. Morbi-mortalidad perinatal asociada a hipomovilidad fetal. *Ginecol Obstet Mex* 1994; 62: 222-225.
15. Hidalgo-Maldonado A, Aparicio-Rosas A, Cedillo Nava M. Calidad de la atención médica en muerte perinatal (I). *Rev Med IMSS* 1995; 33: 161-166.
16. Levario-Carrillo M, Sagarnaga-Durante D, Centeno-López J. Calidad de la atención prenatal y mortalidad perinatal. *Rev Invest Med SS* 1996; 1: 6-9.