

Investigación Científica

Morbilidad materna neonatal relacionado con la depresión y calidad de vida posparto

Neonatal maternal morbidity and its relationship with depression and postpartum quality of life

MIRYAM GRISELDA LORA LOZA¹ , MILUSKA JUDITH CASTRO CRUZ² , JEAN NEIL HERNÁNDEZ ANGULO³ , JOSÉ ELÍAS CABREJO PAREDES⁴ , LUIS FLORENCIO MUCHA HOSPINAL⁵ 

Resumen

Introducción: La morbilidad materna neonatal y la depresión posparto con la calidad de vida no solo un problema medico social y psicológico que afecta a la mujer durante el posparto, sino que deja secuelas de daño permanente en la salud de la madre. **Objetivo:** Determinar la relación entre la morbilidad materna neonatal con la depresión y calidad de vida posparto en mujeres atendidas en la Micro Red Materno Infantil de Cachicadán, 2017. **Metodología:** Se realizó una investigación descriptiva transversal en 72 puérperas. Se recolectaron datos sobre la morbilidad materna neonatal de Historias Clínicas Perinatales y se aplicaron dos cuestionarios: Escala de Edimburgo y el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36. **Resultado:** Se encontró que la morbilidad materna es: hemorragias (mayormente Atonía Uterina con 36,1%), infecciones (principalmente del Tracto Urinario con 61,1%), lesiones de periné (principalmente Desgarro I con 41,7%), dolor (principalmente intenso con 97,2%), uso analgesia

(5,6%) y visitas a urgencias tras el alta materna (80,6%). La morbilidad neonatal es: distrés respiratorio (2,8%), infecciones a las 48 horas (2,8%), ingreso a la unidad de neonatos (2,8%), bajo peso al nacer (8,3%), edad gestacional pos término (16,7%) y visitas a urgencias tras el alta (80,6%). **Conclusión:** que la depresión posparto (mayormente Moderada con 58,3%) se relaciona con las lesiones de periné y las visitas a urgencias tras el alta materna ($p<0,05$) y con la edad gestacional del neonato. La Calidad de Vida posparto (mayormente Regular con 55,6%) no se relaciona con ninguna morbilidad materna posparto ($p>0,05$) y si con la edad gestacional del neonato ($p<0,05$).

Palabras clave: Morbilidad materna neonatal, Depresión posparto, Calidad de vida posparto.

Abstract

Introduction: Neonatal maternal morbidity and postpartum depression with quality of life are not only

¹ Docente investigadora, Escuela de Posgrado, Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú. Doctora en Planificación y Gestión, Universidad Nacional de Trujillo, Doctora en Educación, Universidad César Vallejo de Trujillo, Perú. e-mail: mlora@ucv.edu.pe

² Obstetra asistencial, Centro de Salud de Cachicadán, Perú. Magister en Gestión de los Servicios de Salud, Universidad César Vallejo, Perú. e-mail milusk_0486@hotmail.com

³ Obstetra Asistencial, Hospital Santa Gema, Perú. Magister en Gerencia Social, Pontificia Universidad Católica del Perú. e-mail: jean.hernandez@pucp.edu.pe

⁴ Docente Investigador RENACYT-CONCYTEC, Perú. Doctor en Medicina, Doctor en Gestión Pública, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo.

⁵ Docente Estadístico e investigador, Universidad Peruana los Andes. Doctor en Educación, Especialista en Técnicas de Muestreo Estadista, Instituto Nacional de Estadística Informática del Perú.

Recibido: febrero 11 de 2020

Revisado: abril 15 de 2020

Aceptado: junio 25 de 2020

Cómo citar: Castro Cruz MJ, Lora Loza MG, Hernández Angulo JN, Cabrejo Paredes JE, Mucha Hospital LF. Morbilidad materna neonatal relacionado con la depresión y calidad de vida posparto. *Rev Colomb Salud Libre*. 2020; 15 (1): e226998.

<https://doi.org/10.18041/1900-7841/rclibre.2020v15n1.6998>

<https://doi.org/10.18041/1900-7841/rclibre.2020v15n1.6998>

a medical, social and psychological problem that affects women during the postpartum period, but also leaves sequelae of permanent damage to the mother's health. **Objective:** To determine the relationship between neonatal maternal morbidity with depression and postpartum quality of life in women cared for in the Micro Maternal and Child Network of Cachicadán, 2017. **Methodology:** A cross-sectional descriptive investigation was carried out in 72 puerperal women. Data on neonatal maternal morbidity were collected from Perinatal Medical Records and two questionnaires were applied: Edinburgh Scale and the SF-36 Quality of Life Questionnaire. **Result:** It was found that maternal morbidity is: hemorrhages (mostly Uterine Atonia with 36.1%), infections (mainly Urinary Tract with 61.1%), perineum injuries (mainly Tear I with 41.7%), pain (mainly intense with 97.2%), use of analgesia (5.6%) and visits to the emergency room after maternal discharge (80.6%). Neonatal morbidity is: respiratory distress (2.8%), infections at 48 hours (2.8%), admission to the neonatal unit (2.8%), low birth weight (8.3%), post-term gestational age (16.7%) and visits to the emergency room after discharge (80.6%). **Conclusion:** that postpartum depression (mostly Moderate with 58.3%) is related to perineal injuries and visits to the emergency room after maternal discharge ($p < 0.05$) and with the gestational age of the newborn. Postpartum Quality of Life (mostly Regular with 55.6%) is not related to any postpartum maternal morbidity ($p > 0.05$) and is related to the gestational age of the neonate ($p < 0.05$).

Keywords: Neonatal maternal morbidity, postpartum depression and postpartum quality of life.

Introducción

En el mundo, alrededor de cinco millones de mujeres en edad fértil sufren de enfermedades ligadas a la maternidad, siendo aproximadamente el 10% que fallece. Y el 80% de estos casos trascienden los partos a pesar que pueden evitar con consecuencias en todo el ámbito familiar por todas las complicaciones que causan (discapacidades y muertes), tanto en las madres como de los recién nacidos y provocan un impacto que repercute a través de las generaciones. Los

recién nacidos que pierden a sus madres en las primeras seis semanas de vida tienen más probabilidades de morir antes de cumplir dos años que aquellos cuyas madres sobre viven¹.

A pesar de los esfuerzos manifiestos de los organismos internacionales la mayoría de los gobiernos de los países del mundo por reducir la morbilidad y mortalidad materna neonatal, cada minuto muere más de una mujer en el mundo a consecuencias del parto o complicaciones durante el embarazo. Los progresos han sido muy grandes en todo el mundo parar esta tendencia de estos últimos 30 años, sin embargo, son preocupantes las estadísticas de morbilidad materna neonatal y las consecuencias la sufrimos sobre todo en países en desarrollo como el nuestro dónde aún no se aplican medidas adecuadas y/o no se brindan los servicios que garanticen un buen cuidado materno neonatal posparto².

Por su parte, la depresión sin psicosis afecta alrededor del 13% (10- 20%) de las mujeres tras el parto (en los primeros 6 meses) y hasta un 26% si se trata de adolescentes. Excede el 25% en quienes tuvieron un episodio previo y un episodio de depresión posparto conduce al 50% de probabilidad de recurrencia en el próximo período posparto³. Esta depresión constituye un trastorno depresivo grave, de larga duración, que se presenta en el primer año posparto³.

Las mujeres con antecedentes de depresión tienen un riesgo hasta del 35% de depresión posparto y las que han presentado un episodio de depresión puerperal tienen una probabilidad de un segundo episodio posparto hasta del 70%. La interrogante es saber ¿Cuánto de esta situación medico social que pueda caracterizar la morbilidad materna neonatal se traslada hacia trastornos psicológicos como la depresión y/o a la calidad de vida de la mujer y su familia?, ¿Hay consecuencias en este nivel, si sólo sabemos aceptar que la calidad de vida posparto es una característica medico social de las condiciones

de vida material y espiritual de las personas, las familias y las comunidades⁴.

Muchas mujeres se ven limitadas en su acceso a los recursos económicos y a la educación básica y, en consecuencia, todo eso da paso a la incapacidad para adoptar decisiones con respecto a su salud. Algunas mujeres no tienen acceso a la asistencia sanitaria cuando la necesitan, en ocasiones debido a prácticas culturales, en otras a la no disponibilidad de servicios básicos, como el agua, el saneamiento, la práctica de hábitos saludables y el control de las enfermedades, además de la falta de acceso y utilización de servicios obstétricos. El machismo imperante y la falta de decisión de la mujer inciden de manera negativa y conlleva a una vida de embarazos repetidos que no son deseados por las mujeres. Estos factores son las barreras que predisponen a las mujeres para sufrir no sólo trastornos psicológicos como la depresión sino también una serie de enfermedades que constituyen el grupo de complicaciones post parto^{3,5}.

En países como el nuestro la morbilidad materna neonatal y la depresión posparto son complicaciones y/trastornos psicológicos que presentan una de cada tres madres posparto, desconociéndose si su padecimiento pueda tener consecuencias en su calidad de vida después del parto. Si bien es cierto que la calidad de vida de las personas, y especialmente de las mujeres que dieron a luz, dependen en mucho de las condiciones de vida material y espiritual en que viven, no se puede negar que hay consecuencias adicionales de la morbilidad y/o la depresión posparto sobre ella, haciéndola posiblemente más precaria o modificándola temporal o permanentemente⁶.

Sin embargo, las definiciones de la calidad de vida en relación con el bienestar subjetivo que incluye la satisfacción de la vida como un todo, se centra en las expectativas y además la define como la esperanza de una persona con su experiencia individual presente. También

la relacionan a partir de aspectos objetivos como la satisfacción de necesidades en esferas físicas, psicológicas y sociales⁷.

En este contexto el estudio se estructuró en base al siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la relación entre morbilidad materna neonatal con la depresión y la calidad de vida posparto en mujeres atendidas en la Micro Red Materno Infantil Cachicadán, 2017? Hipotéticamente se planteó que existe relación significativa entre morbilidad materna neonatal con la depresión y la calidad de vida posparto en mujeres atendidas en la Micro Red Materno Infantil Cachicadán, 2017. El objetivo general de la investigación fue Determinar la relación entre la morbilidad materna neonatal con la depresión y calidad de vida posparto en mujeres atendidas en la Micro Red Materno Infantil de Cachicadán, 2017. Los objetivos específicos fueron: a) Determinar la relación entre la morbilidad materna con la depresión. b) Determinar la relación entre la morbilidad neonatal con la depresión. c) Determinar la relación entre la morbilidad materna con la calidad de vida posparto. d) Determinar la relación entre la morbilidad neonatal con la calidad de vida posparto

Método

En el estudio descriptivo de relación causal y diseño transversal involucró a 72 (100%) puérperas hasta los 42 días posparto controladas en su embarazo y posparto en la Micro Red Materno Infantil del Distrito de Cachicadán, provincia de Santiago de Chuco, Región La Libertad 2017. Se revisaron las Historias Clínicas Perinatales presentando el nivel de relación causal con el valor de Chi cuadrado y sus significancias, estableciendo el nivel significancia en $p<0.05$.

Resultados

La Tabla 1 muestra la relación entre la morbilidad materna con la depresión posparto

<https://doi.org/10.18041/1900-7841/rclibre.2020v15n1.6998>

en puérperas, la depresión relevante es la moderada con 19,4%, y una depresión severa 5,6%; sin embargo, existe una depresión leve del 8,3%, la depresión como una inestabilidad emocional afecta a las madres después del parto, del total de madres encuestadas se concluye que dicha depresión es moderada el cual no influye fuertemente en la salud de las madres.

La Tabla 2 nos muestra que las complicaciones que constituyen la morbilidad materna son las hemorragias (principalmente de Atonía Uterina (36,1%), las infecciones (principalmente del Tracto Urinario con 61,1%), las lesiones de periné (principalmente Desgarro I con 41,7%), el dolor (principalmente en el nivel de intenso con 97,2%), el uso (5,6%) y las visitas a urgencias tras el alta materna (con un 80,6%). La depresión posparto es mayormente Moderada (58,3%). Sólo las lesiones de periné y las visitas a urgencias tras el alta materna se relacionan con la depresión posparto ($p<0,05$)

La Tabla 3 nos muestra que las complicaciones que constituyen la morbilidad neonatal son el distrés respiratorio (2,8%) las infecciones a las 48 horas (2,8%), el ingreso a la unidad de neonatos (2,8%) el bajo peso al nacer (8,3%) la edad gestacional pos término (16,7%) y las visitas a urgencias tras el alta neonatal (con

80,6%). También muestra que la Depresión materna tras el parto es mayormente Moderada (58,3%). La complicación neonatal que se relaciona con la depresión materna es la edad gestacional del neonato.

La Tabla 4, se muestra las complicaciones maternas que constituyen la morbilidad materna son las hemorragias (principalmente de Atonía Uterina (36,1%), las infecciones (principalmente del Tracto Urinario con 61,1%), las lesiones de periné (principalmente Desgarro I con 41,7%), el dolor (principalmente en el nivel de intenso con 97,2%), el uso (5,6%) y las visitas a urgencias tras el alta materna (con un 80,6%). También muestra que la Calidad de Vida posparto es Regular (55,6%) y no se relaciona significativamente ($p>0,05$) con las complicaciones maternas posparto.

La Tabla 5 nos muestra que las complicaciones neonatales son el distrés respiratorio (2,8%) las infecciones a las 48 horas (2,8%), el ingreso a la unidad de neonatos (2,8%) el bajo peso al nacer (8,3%) la edad gestacional pos término (16,7%) y las visitas a urgencias tras el alta neonatal (con 80,6%). También muestra que la calidad de vida es mayormente Regular (55,6%). La única complicación neonatal que se relaciona con la calidad de vida materna neonatal es la edad gestacional del neonato. ($p<0,05$)

Tabla 1. Relación entre la morbilidad materna con la depresión posparto en puérperas atendidas en la Micro Red Materno Infantil de Cachicadán, Santiago de Chuco, 2017

Morbilidad materna	Depresión posparto										χ^2 Sig	
	Sin Depresión		Depresión Leve		Depresión Moderada		Depresión Severa		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Hemorragia												
	2	2,8	6	8,3	14	19,4	4	5,6	26	36,1	χ^2 10,490	
Fuente: Elaboración propia.												

Tabla 2. Relación entre la morbilidad materna con la depresión posparto en puérperas atendidas en la Micro Red Materno Infantil de Cachicadán, Santiago de Chuco, 2017

Morbilidad materna	Depresión posparto								Total	χ^2 Sig	
	Sin Depresión		Depresión Leve		Depresión Moderada		Depresión Severa				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Hemorragias											
Atonía U.	2	2,8	6	8,3	14	19,4	4	5,6	26	36,1	χ^2 10,490 Sig. 0,105
Anomalías Pl.	0	0,0	4	5,6	12	16,7	6	8,3	22	30,6	
Ninguna	4	5,6	0	0,0	16	22,2	4	5,6	24	33,3	
Total	6	8,3	10	13,9	42	58,3	14	19,4	72	100,0	
Infecciones											χ^2 21,382 Sig.0,125
Cicatriz	0	0,0	0	0,0	4	5,6	0	0,0	4	5,6	
Pared Abd.	0	0,0	2	2,8	2	2,8	2	2,8	6	8,3	
Episiotomía	2	2,8	0	0,0	4	5,6	0	0,0	6	8,3	
Tracto U	2	2,8	8	11,1	26	36,1	8	11,1	44	61,1	
Desgarro P.	2	2,8	0	0,0	4	5,6	4	5,6	10	13,9	
Ninguno	0	0,0	0	0,0	2	2,8	0	0,0	2	2,8	
Total	6	8,3	10	13,9	42	58,3	14	19,4	72	100,0	
Lesiones de periné											χ^2 34,400 Sig.0,000
Desgarro I	2	2,8	4	5,6	22	30,6	2	2,8	30	41,7	
Desgarro II	2	2,8	0	0,0	0	0,0	6	8,3	8	11,1	
Episiotomía	2	2,8	0	0,0	8	11,1	4	5,6	14	19,4	
Ninguna	0	0,0	6	8,3	12	16,7	2	2,8	20	27,8	
Total	6	8,3	10	13,9	42	58,3	14	19,4	72	100,0	
Dolor (Escala EVA)											χ^2 1,469 Sig.0,689
Intenso	6	8,3	10	13,9	40	55,6	14	19,4	70	97,2	
Máximo	0	0,0	0	0,0	2	2,8	0	0,0	2	2,8	
Total	6	8,3	10	13,9	42	58,3	14	19,4	72	100,0	
Analgesia											χ^2 10,286 Sig.0,016
Si	2	2,8	0	0,0	2	2,8	0	0,0	4	5,6	
No	4	5,6	10	13,9	40	55,6	14	19,4	68	94,4	
Total	6	8,3	10	13,9	42	58,3	14	19,4	72	100,0	
Vistas a urgencias tras el alta materna											
Si	6	8,3	8	11,1	32	44,4	12	16,7	58	80,6	χ^2 2,199 Sig.0,532
No	0	0,0	2	2,8	10	13,9	2	2,8	14	19,4	
Total	6	8,3	10	13,9	42	58,3	14	19,4	72	100,0	
Fuente: Elaboración propia.											

Tabla 3. Relación entre la morbilidad neonatal con la depresión posparto en puérperas atendidas en la Micro Red Materno Infantil de Cachicadán, Santiago de Chuco, 2017

Morbilidad neonatal	Depresión posparto								Total	X2 Sig
	Sin Depresión		Depresión Leve		Depresión Moderada		Depresión Severa			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Distrés respiratorio										
Si	0	0,0	0	0,0	2	2,8	0	0,0	2	2,8
No	6	8,3	10	13,9	40	55,6	14	19,4	70	97,2
Total	6	8,3	10	13,9	42	58,3	14	19,4	72	100,0
Infecciones a las 48 Horas										
Si	0	0,0	0	0,0	2	2,8	0	0,0	2	2,8
No	6	8,3	10	13,9	40	55,6	14	19,4	70	97,2
Total	6	8,3	10	13,9	42	58,3	14	19,4	72	100,0
Ingreso en la unidad de neonatos										
Si	0	0,0	0	0,0	2	2,8	0	0,0	2	2,8
No	6	8,3	10	13,9	40	55,6	14	19,4	70	97,2
Total	6	8,3	10	13,9	42	58,3	14	19,4	72	100,0
Peso al nacer										
Bajo	2	2,8	0	0,0	4	5,6	0	0,0	6	8,3
Normal	4	5,6	10	13,9	38	52,8	14	19,4	66	91,7
Total	6	8,3	10	13,9	42	58,3	14	19,4	72	100,0
Edad gestacional										
A término	6	8,3	8	11,1	40	55,6	6	8,3	60	83,3
postérmino	0	0,0	2	2,8	2	2,8	8	11,1	12	16,7
Total	6	8,3	10	13,9	42	58,3	14	19,4	72	100,0
Vistas a urgencias tras el alta neonatal										
Si	6	8,3	8	11,1	32	44,4	12	16,7	58	80,6
No	0	0,0	2	2,8	10	13,9	2	2,8	14	19,4
Total	6	8,3	10	13,9	42	58,3	14	19,4	72	100,0
Fuente: Elaboración propia.										

Tabla 4. Relación entre la morbilidad materna con la Calidad de vida posparto en puérperas atendidas en la Micro Red Materno Infantil de Cachicadán, Santiago de Chuco, 2017

Morbilidad materna	Calidad de vida posparto		Total	X2 Sig
	Nº	%		
Hemorragias				
Atonía U.	16	22,2	10	36,1
Anomalías Pl.	14	19,4	8	30,6
Ninguna	10	13,9	14	33,3
Total	40	55,6	32	44,4
Infecciones				
Cicatriz	4	5,6	0	0,0
Pared Abd.	2	2,8	4	5,6
Episiotomía	4	5,6	2	2,8
Tracto U	22	30,6	22	30,6
Desgarro P.	6	8,3	4	5,6
Ninguno	2	2,8	0	0,0
Total	40	55,6	32	44,4
Lesiones de periné				
Desgarro I	16	22,2	14	19,4
Desgarro II	6	8,3	2	2,8
Episiotomía	6	8,3	8	11,1
Ninguna	12	16,7	8	11,1
Total	40	55,6	32	44,4
Dolor (Escala EVA)				
Intenso	38	52,8	32	44,4
Máximo	2	2,8	0	0,0
Total	40	55,6	32	44,4
Analgesia				
Si	2	2,8	2	2,8
No	38	52,8	30	41,7
Total	40	55,6	32	44,4
Vistas a urgencias tras el alta materna				
Si	32	44,4	26	36,1
No	8	11,1	6	8,3
Total	40	55,6	32	44,4

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Relación entre la morbilidad neonatal con la calidad de vida posparto en puérperas atendidas en la Micro Red Materno Infantil de Cachicadán, Santiago de Chuco, 2017

Morbilidad neonatal	Calidad de vida posparto				TOTAL	X2 Sig
	Regula Nº	Regula %	Buena Nº	Buena %		
Distrés respiratorio						
Si	0	0,0	2	2,8	2	2,8
No	40	55,6	30	41,7	70	97,2
Total	40	55,6	32	44,4	72	100,0
Infecciones a las 48 Horas						
Si	0	0,0	2	2,8	2	2,8
No	40	55,6	30	41,7	70	97,2
Total	40	55,6	32	44,4	72	100,0
Ingreso a la unidad de neonatos						
Si	0	0,0	2	2,8	2	2,8
No	40	55,6	30	41,7	70	97,2
Total	40	55,6	32	44,4	72	100,0
Peso al nacer RN						
Bajo	2	2,8	4	5,6	6	8,3
Normal	38	52,8	28	38,9	66	91,7
Total	40	55,6	32	44,4	72	100,0
Edad Gestacional						
A término	30	41,7	30	41,7	60	83,3
Pos término	10	13,9	2	2,8	12	16,7
Total	40	55,6	32	44,4	72	100,0
Vistas a urgencias tras el alta neonatal						
Si	32	44,4	26	36,1	58	80,6
No	8	11,1	6	8,3	14	19,4
Total	40	55,6	32	44,4	72	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Generalmente nos enteramos de distintos factores y/o determinantes de la salud materna tras el parto, cuando el impacto de una complicación materna o depresión es adverso,

y especialmente el desarrollo cognitivo emocional del niño, y acarrea consecuencias negativas en todos los miembros de la familia. En otros casos las manifestaciones adversas se dan desde el simple hecho de presentar gran dificultad para realizar el papel de madres

hasta poner en riesgo el desarrollo físico y mental del niño, por no poder desarrollar una vinculación eficaz con el niño y provocar una crianza con carencias afectivas y cuidados deficitarios que interfieren su desarrollo psicobiológico⁸.

Esta especie de paradoja de interacción entre complicaciones maternas que se transforman en amenazas permanentes para la salud física y mental de la madre y su familia, con los paradigmas médicos sociales que cambian buscando que satisfacer necesidades inmediatas de las madres (como usuarias de sus servicios)⁹, lo que hacen es complicar innecesariamente la relación entre la morbilidad materna y su depresión postparto por ello que solo se lo puede identificar en aspectos muy singulares como la presencia de lesiones de periné y la analgesia (que es muy baja realmente con un 5,6% para nuestra realidad).

Es decir, la relación entre la edad gestacional y la depresión materna postparto debe interpretarse como el resultado de un conjunto de aspectos o fenómenos tanto maternos neonatales como socio culturales, económicos familiares, como de la prestación de servicios en salud¹⁰, el desenlace y/o resolución de las complicaciones pueden cambiar la sensación materna de bienestar y pensar en el fracaso como madre o de no haber alcanzado la madurez suficiente para asumir esta responsabilidad, pero esto no cambia la calidad de vida de las madres tras el parto, al parecer sus condiciones de vida material y espiritual le permiten oportunidades de interacción social sin tener que realizar esfuerzos que comprometen su estado de salud. Estas oportunidades estarían referidas a ambientes saludables a pesar de contar con recursos limitados¹⁰.

Un ambiente de colaboración y atención propia de las poblaciones rurales que forma parte de la cultura de las comunidades para el cuidado de la mujer que acaba de dar a luz.

En cierta medida se debe sentirse segura en su casa, con su familia y en su comunidad puesto que es allí donde se desarrollan formas propias de mejorar la salud y el bienestar materno y familiar. Esto representa una forma de prevención que estaría jugando el papel de barrera o protector de la calidad de vida tal cual es concebida y percibida por la madre tras al alta del parto. Estos son los recursos que no se conocen a fondo en la consulta o atención prenatal y que si cuentan como recursos personales y comunitarios de salud tras el alta después del parto¹¹.

Este proceso configura una herramienta psicológica poco estudiada en el campo de la atención materna neonatal y merece que pongamos nuestra atención en ello ya que representa una gran inversión, no en términos de costes, sino, profesionales y técnicos para disminuir la morbimortalidad materna neonatal. Desde el punto de vista bio-fisiológico y social este tipo de procesos da lugar a una gran autonomía basada en la valoración de lo que se tiene, significando una concepción de la calidad de la vida como resultado del mejor interés frente al beneficio a partir del riesgo vivido. En neonatología es éste el criterio relevante que interpreta la calidad de vida se conoce. En contrapartida, los criterios como grave retraso físico e intelectual, la ausencia de una mínima capacidad para establecer relaciones con el entorno, la inmovilidad o ausencia de un desarrollo cognitivo o motor, el dolor y el sufrimiento excesivo e intratable pueden constituir estándares de mala calidad de vida que en el caso del presente estudio no se ha tenido¹².

Conclusiones

- Las complicaciones que constituyen la morbilidad materna en la Micro Red Materno Infantil de Cachicadán, 2017, son: hemorragias (principalmente de Atonía Uterina), infecciones (en su mayoría de Tracto Urinario), lesiones de periné (con Desgarro I), dolor (Intenso), analgésicos y

las visitas a urgencias tras el alta materna. La depresión posparto es mayormente Moderada. Solo las lesiones de periné y las visitas a urgencias tras el alta materna se relacionan significativamente con la depresión posparto ($p<0,05$).

- Las complicaciones que constituyen la morbilidad neonatal, son el distrés respiratorio, infecciones a las 48 horas, ingreso a la unidad de neonatos, bajo peso al nacer, edad gestacional pos término y las visitas a urgencias tras el alta. Depresión materna posparto solo se relaciona significativamente la edad gestacional ($p<0,05$).
- La Calidad de Vida posparto es mayormente Regular y que no se relaciona ($p>0,05$) con las complicaciones que constituyen la morbilidad materna posparto
- La calidad de vida posparto se relaciona significativamente con la edad gestacional del neonato ($p<0,05$).

Conflicto de Intereses

Los autores no tienen conflictos de intereses.

Fuente de financiamiento

Financiado por los autores.

Agradecimiento

A las autoridades y personal de Salud de la Micro Red Materno Infantil Cachicadán, profesionales con mucha competencia de gestión y a nivel asistencial muy calificados. Por su valioso apoyo en darnos las facilidades para culminar esta investigación y a las extraordinarias mujeres, gestante y especialmente a las puérperas y a su neonatos que fueron parte de este estudio.

Referencias

1. Population UN. Background Information on the Key International Agreements [Internet]. New York, NY 10017 USA: United Nations Population Fund; 2009. <https://www.unfpa.org/>
2. Organization WH. Trends in Maternal Mortality 1990 to 2008 [Internet]. Estimates developed by WHO New York; 2011. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44423/9789241500265_eng.pdf
3. Valencia N. Características de la madre adolescente y su recién nacido. Instituto Materno Perinatal, enero -abril 1997. Tesis de Residentado en Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Marcos, 1998.
4. Távara L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. Rev Per Ginecol Obstet, 2004;50(2):111-22.
5. Águila S. Embolismo de líquido amniótico (Síndrome anafilactoide del embarazo. Sección V. Parto de riesgo) La Habana: MINSAP; 2010.
6. Organización Mundial de la Salud. Enfoque estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Ginebra; 2009.
7. Toledo G. Determinantes del estado de salud La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/B0057.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. Morbilidad y Mortalidad Materna. New York; 2003.
9. Simón L. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. México: 2002.
10. Núñez H, Elizondo A. El control prenatal en adolescentes embarazadas en costa Rica. México: 2002.
11. Córdova A. Morbimortalidad Materno-Perinatal en primigestas adolescentes según el Control Prenatal. Lima: 2001.
12. Pacora P, Capcha E. La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y recién nacido. Lima: 2005.
13. Mondragón H, Ortiz G. Complicaciones materno perinatales de embarazo en primigestas adolescentes. Lima: 2005.
14. Alonso R. Seguimiento al hijo de madre adolescente. La Habana: 2005.
15. Casanueva E. Prevalence of nutritional deficiencies in Mexican adolescent women with early and late prenatal care. México: 2003.
16. Calderón S, Alzamora L. Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes Rev. Perú. Med: Lima; 2006.