

CARACTERIZACION DE LAS CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD
MATERNOPERINATAL, A TRAVES DEL SIP DURANTE EL PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE 1 DE ENERO DEL 2008 AL 30 DE JUNIO DEL 2009.
EN EL HOSPITAL CIVIL DE IPIALES, NARIÑO.

MAYRA ALEJANDRA BOLAÑOS VALENCIA
LORENA LUCIA CAVIEDES BELALCAZAR

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA
EPIDEMIOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO
2009

CARACTERIZACION DE LAS CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD
MATERNOPERINATAL, A TRAVES DEL SIP DURANTE EL PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE 1 DE ENERO DEL 2008 AL 30 DE JUNIO DEL 2009.
EN EL HOSPITAL CIVIL DE IPIALES, NARIÑO.

LORENA LUCIA CAVIEDES BELALCAZAR
MAYRA ALEJANDRA BOLAÑOS VALENCIA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el titulo de Médico General

DR. OSCAR EDUARDO BURGOS ARCOS
Médico Gineco - obstetra

DR. FILIPO MORÁN
Médico Gineco-Obstetra

Asesores Científicos

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA
EPIDEMIOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO
2009

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Fundación Universitaria San Martín, por la confianza depositada en los pobladores del Departamento de Nariño y Putumayo.

Hospital Civil de Ipiales Nariño, por permitirnos realizar este trabajo investigativo, prestándonos todas las facilidades, tanto locativas como administrativas

A los Asesores Científicos y metodológicos, por su apoyo desinteresado y su asesoría pertinente

A todos nuestros docentes de la Facultad de Medicina, por su guía permanente a través de la búsqueda del conocimiento médico y ético

DEDICATORIAS

Las autoras dedicamos nuestra labor a Dios, ser perfecto; a nuestros padres por su amor y presencia; a nuestros hermanos por su colaboración y apoyo constantes; a nuestros familiares y amigos por su compañía.

*LORENA LUCIA CAVIEDES BELALCAZAR
MAYRA ALEJANDRA BOLAÑOS VALENCIA*

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado 1

Jurado 2

San Juan de Pasto, Noviembre de 2009

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN.

CONTENIDO

	pág.
LISTA DE TABLAS	10
LISTA DE ANEXOS	11
INTRODUCCIÓN	12
1. ASPECTOS GENERALES	15
1.1 TITULO	15
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2.1 Descripción del Problema	15
1.2.2 Formulación del Problema	17
1.3 OBJETIVOS	18
1.3.1 Objetivo General	18
1.3.2 Objetivo Especifico	18
1.4 JUSTIFICACION	18
1.5 METODOLOGÍA	19
1.5.1 Enfoque	19
1.5.2 Tipo de Estudio	19
1.5.3 Población y Muestra	19
1.5.4 Fuentes de recolección de información	19
1.5.4.1 Fuentes Secundarias	19
1.5.5 Técnicas de recolección de información	20
1.5.6 Control de sesgos	20
1.5.7 Consideraciones éticas	20

2 MARCO REFERENCIAL	21
2.1 MARCO TEORICO	21
2.1.1 Antecedentes	27
2.2 MARCO CONTEXTUAL	29
2.2.1 Bienestar social	29
2.3 MARCO CONCEPTUAL	30
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	32
4. DISCUSIÓN	41
5. CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFIA	43
NETGRAFIA	44
ANEXOS	46

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Control de llenado HCP	32
Tabla 2. Años de escolaridad	33
Tabla 3. Edad de la Gestante	34
Tabla 4. Estado civil	35
Tabla 5. Ocupación	36
Tabla 6. Indicadores del control prenatal	37
Tabla 7. Morbimortalidad materna	38
Tabla 8. Mortalidad materna y neonatal	39
Tabla 9. Tienen y llevan carné	40

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Tabla de variables	46
Anexo B. Historia clínica perinatal	49
Anexo C. Artículo	50

INTRODUCCION

La mortalidad materna ocasiona un gran impacto en el individuo, la familia, la comunidad y el medio social. La estructura y la magnitud de la mortalidad materna así como la característica de la evitabilidad sugieren que la eficiencia, eficacia y equidad de los servicios no corresponden a las necesidades de la salud de la población de mujeres en edad fértil. Este grupo de mujeres de 15 a 49 años representa actualmente el 25 % de la población total de países en desarrollo.

La mortalidad tanto en América Latina como en Colombia tiene dos características importantes: su gran potencial de evitabilidad. Se estima que entre el 90% y el 95% son evitables con los conocimientos y tecnología disponibles actualmente. Su predominio en determinados grupos de mujeres donde las más afectadas son las que pertenecen a grupos socioeconómicos menos favorecidos o que por otras razones no tiene acceso a servicios de salud¹.

La mortalidad materna y perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en las mujeres en edad fértil y en la población infantil. Estas muertes son consideradas indicadores universales de la calidad en la atención en los servicios de salud y de las condiciones de vida, dado que en un alto porcentaje son evitables. Cada año, alrededor de 23.000 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo y el parto en América Latina y el Caribe. En doce países de la Región, la razón de mortalidad materna se mantiene por sobre las 100 muertes x 100.000 nacidos vivos entre estos se encuentra Colombia.²

La mortalidad materna en Colombia es de 73 por 100.000 nacidos vivos en el 2007 y mortalidad infantil es de 24 por 1000 nacidos vivos ¹. Las cifras generales presentan diferencias importantes por departamentos, urbano-rurales, estratos socioeconómicos y régimen de afiliación. En Nariño la razón de mortalidad materna estimada para el año 2003 fue de 52.4 por 100.000 nacidos vivos, (se reportaron a través del SIVIGILA 19 Muertes maternas), en el año 2002 fue de 62.1 por 100.000 NV, periodo en el que se reportaron 25 muertes. Hasta el primer semestre del año 2004 se han presentado 29 muertes maternas.³

¹ modelo de discusión sobre mortalidad materna , 2003 En la página web:
www.saludtolima.gov.co/portal/website/.../download.php?id_doc

² Díaz, A.G., Schwarcz R. Díaz Rossello J.L, Simini F. et al. «Sistema Informático Perinatal» Quinta edición, Publicación Científica CLAP 1364, quinta edición, Montevideo, 1997

³ CLAP (OPS/OMS) Sistema Informático Perinatal. Salud Perinatal - Boletín del CLAP 1998; 7: 36-37

Teniendo en cuenta los casos hasta el 2003 y el primer trimestre del 2004, se encontró que los municipios de mayor mortalidad son Pasto, con el 18.8% (9 CASOS), Barbacoas con el 14.6% (7casos), Tumaco y Magüí Payan con el 8.3% (4 casos cada uno), Mosquera y el Charco con el 6.3% (3 casos), Cumbal, Los Andes, Túquerres, con el 4.2% (2 casos cada uno), Cartago, Colon, Iles, La Tola, La Unión, Leyva, Linares, Policarpa, San Bernando, con el 2.1% (1 caso cada uno). Entre las causas directas de los trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio corresponden al 52.6 % de las muertes, las complicaciones del trabajo de parto y parto corresponden al 18.4% (hemorragias post parto), las complicaciones puerperales corresponden al 10.5%, afecciones de infecciones puerperales, trastornos relacionados con el embarazo el 7.9%; alteraciones maternas relacionadas con parto el 7.9% y una muerte sin determinar la causa. En general los trastornos hemorrágicos durante el embarazo, parto y puerperio agrupan el 29% de las muertes. Entre las muertes por causas indirectas se encontró que el 30% (3 caos) corresponden a malaria y el resto corresponden a casos únicos como ruptura de aneurisma aórtico, leucemia mielogénica complicada, tromboembolismo pulmonar, ACV, neumonía multilobac y en caso de bronco aspiración secundaria a infestación masiva por áscaris.⁴

En el municipio de Ipiales la mortalidad materno perinatal por 100000 nacidos vivos es de 124.15 ocupando el 12° lugar en el departamento de Nariño. La forma de proponer soluciones al mejoramiento de la calidad en la atención materno neonatal, y por ende ayudar a disminuir sus tasas de morbimortalidad, es observando, identificando y analizando los problemas a través de un sistema de vigilancia epidemiológica confiable.

El Sistema Informático Perinatal (SIP), desarrollado por el Centro Latinoamericano De Perinatología (CLAP), Montevideo, Uruguay, a inicio de la década de 1980 y actualmente en uso en la mayoría de países de América Latina y el Caribe y traducido a idiomas como el inglés, portugués y francés, constituye una de las bases de datos perinatológicos de mayor envergadura en el mundo, y su utilización ha permitido identificar problemas, analizar datos y proponer soluciones en base al conocimiento de cuales son las acciones que verdaderamente tienen impacto la calidad de la atención perinatal.

El SIP es un conjunto de tecnologías de registro y evaluación clínica en el ámbito de la atención perinatal y comprende los siguientes instrumentos: La Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), Carné de control prenatal, Historia Clínica del Neonato hospitalizado, Partograma, programas estadísticos para computador y gráficas de ganancia de peso y altura uterina

⁴ Ibid

Este proyecto está encaminado a realizar la caracterización de las causas de morbilidad maternoperinatal a través del SIP, durante el periodo comprendido entre 1 de enero del 2008 al 30 de junio del 2009 en el Hospital Civil de Ipiales, Nariño.

También, pretende identificar la distribución de la población según variables sociodemográficas de las maternas, determinar las principales patologías de estas pacientes y a la vez, analizar las diferentes variables que inciden en la morbilidad materno perinatal, con el fin de enumerar los principales factores de riesgo de esta población.

Dentro de la metodología se propone un enfoque cuantitativo, el tipo de estudio es descriptivo y el diseño de corte transversal; en este proyecto se describirán y documentarán las variables sociodemográficas, la determinación de las principales patologías, las variables que inciden en la morbilidad e identificar los factores de riesgo de la población materna. Además es un estudio retrospectivo, porque se tomará información registrada en Historias Clínicas del año 2008 y primer período de 2009, en donde ya se tiene el efecto de los posibles factores de riesgo sobre morbilidad de las maternas. La población de estudio estará conformada por las madres gestantes que ingresan por el servicio de urgencias o por consulta externa que son atendidas de manera hospitalaria del Hospital Civil de Ipiales; para el estudio se tendrá en cuenta la totalidad de la población, es decir, se tomará el universo.

1. ASPECTOS GENERALES

1.1 TITULO

Caracterización de las causas de morbimortalidad maternoperinatal, a través del SIP durante el periodo comprendido entre 1 de enero del 2008 al 30 de junio del 2009, en el Hospital Civil de Ipiales Nariño.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Descripción del Problema. La mortalidad materna es un grave problema de salud pública que afecta a la mayoría de países pobres del mundo y tiene un gran impacto familiar, social y económico.

La muerte de una madre es una tragedia evitable que afecta una vida joven llena de grandes esperanzas, es una de las experiencias más traumáticas que puede sufrir una familia y afecta seriamente el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de los hijos, especialmente de los más pequeños. Todo lo anterior trae como consecuencia el debilitamiento de la estructura social en general.

Más de un millón de niños en el mundo quedan huérfanos cada año por la muerte de sus madres. Estos niños reciben menos cuidados, menos educación y tienen un rendimiento escolar más bajo. Los niños menores de diez años que pierden a su madre tienen 10 veces más probabilidad de morir dentro de los siguientes dos años que aquellos que tienen los dos padres vivos; igualmente, los recién nacidos que sobreviven a la muerte de su madre tienen menor posibilidad de sobrevivir.

Debido a que una gran proporción de mujeres en edad fértil pertenece a la población trabajadora y económicamente activa, las muertes maternas generan una pérdida de la productividad económica y una disminución en los ingresos familiares. Si se toma en cuenta que en países como el nuestro hay una gran proporción de mujeres cabeza de familia que llevan las riendas de sus núcleos familiares y soportan la economía del hogar, la muerte de éstas genera en sus hijos no sólo una carencia de los recursos básicos para la supervivencia sino también carencias afectivas y de protección.

Luego de la muerte de una madre existen más posibilidades de desintegración del hogar y que los hijos se inicien en la vida laboral y estén expuestos a ser

maltratados. El vacío que deja una madre en un hogar es difícilmente ocupado por otros. Una madre es irremplazable.

Casi todas las muertes relacionadas con la maternidad se presentan en los países en desarrollo y más del 80% corresponden a África subsahariana y Asia meridional.

“GINEBRA, 19 de septiembre de 2008 - Un nuevo informe sobre la mortalidad materna, dado a conocer hoy por UNICEF, pone de manifiesto los riesgos que afrontan las mujeres de los países en desarrollo durante el embarazo y el parto. Progreso para la Infancia: Un balance sobre la mortalidad materna indica que, según los últimos datos de que se dispone, más del 99% de todas las defunciones relacionadas con la maternidad se presentan en los países en desarrollo, de las cuales el 84% se concentran en África subsahariana y Asia meridional”⁵

Las hemorragias son la causa más frecuente de muerte, sobre todo en África y Asia. La salud general de la mujer -incluyendo su estado nutricional y su situación con respecto al VIH- también influye en la probabilidad de tener un embarazo saludable y de no presentar complicaciones durante el alumbramiento. Hay factores sociales que también influyen, como la pobreza, la inequidad y las actitudes hacia las mujeres y su salud. En las tasas de mortalidad materna a menudo influyen determinadas prácticas culturales o tradicionales que impiden a las mujeres buscar atención durante el parto o el puerperio.

Mientras que, en el mundo en desarrollo el riesgo de morir por complicaciones derivadas del embarazo y el parto es de 1 en 76, en el mundo industrializado ese riesgo es de 1 en 8.000. El país donde las mujeres corren el mayor riesgo de perder la vida por causas relacionadas con la maternidad es el Níger (1 en 7).⁶

La mayoría de las muertes maternas se pueden evitar y uno de los factores clave es brindar mejores servicios de salud, especialmente durante el embarazo, el parto y el período posnatal. Entre las intervenciones que ayudan a mejorar la salud materna se cuentan la atención prenatal, los servicios de asesoramiento y diagnóstico del VIH por iniciativa de los proveedores, la asistencia de personal calificado durante el alumbramiento, la atención obstétrica de emergencia, la atención durante el puerperio y la prestación de servicios de planificación familiar

⁵ www.unicef.org

⁶ www.fecolsog.org/userfiles/file/.../Atención%20Prenatal.ppt

acordes con las políticas nacionales. Cuando estas intervenciones se ofrecen como parte de un proceso continuo de atención de la salud que integra el hogar, la comunidad, los centros asistenciales y los servicios periféricos, las madres, los niños y las comunidades pueden beneficiarse enormemente.⁷

Pese a lo anterior, los avances hacia el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio sobre salud materna, que establece una reducción del 75% en las tasas de mortalidad materna entre 1990 y 2015, han sido demasiado lentos en el mundo en desarrollo, y deben acelerarse para poder conquistar este Objetivo.

Para solucionar esta grave situación, es preciso ampliar el alcance de los servicios dirigidos a las madres y los niños, teniendo en cuenta la interdependencia que existe entre la salud de las madres y la de sus hijos recién nacidos.

Cada año, alrededor de 23.000 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo y el parto en América Latina y el Caribe. En doce países de la Región, la razón de mortalidad materna se mantiene por sobre las 100 muertes x 100.000 nacidos vivos entre estos se encuentra Colombia.

La mortalidad materna en Colombia es de 73 por 100.000 nacidos vivos en el 2008 y mortalidad infantil es de 13.825 por 1000 nacidos vivos. Las cifras generales presentan diferencias importantes por departamentos, urbano-rurales, estratos socioeconómicos y régimen de afiliación.

Las causas directas de la mortalidad materna en Colombia se han mantenido estáticas en la última década. De las causas directas, el 35% corresponden a eclampsia, el 25% a complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, el 16% a embarazo terminado en aborto, el 9% a otras complicaciones del embarazo, el 8% a complicaciones del puerperio y el 7% a hemorragias. En Ipiales la mortalidad materno perinatal por 100000 nacidos vivos es de 124.15 ocupando el 12° lugar en el departamento⁸.

1.2.2 Formulación del Problema: ¿Cuáles son las principales causas de morbimortalidad materna perinatal en el hospital civil de Ipiales y qué estrategias se deben plantear para su solución?

⁷ www.minproteccionsocial.gov.co

⁸ www.fecolsog.org/userfiles/file/.../Atención%20Prenatal.ppt

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Caracterizar las causas de morbilidad materno-perinatal, a través del SIP durante el periodo comprendido entre 1 de enero del 2008 al 30 de junio del 2009, en el Hospital Civil de Ipiales Nariño, con el fin de dar a conocer la tasa morbi mortalidad materno perinatal y sus causas en nuestra región.

1.3.2 Objetivos Especificos

- Identificar la distribución de la población según variables sociodemográficas de las maternas que ingresan al Hospital civil de Ipiales, en el periodo comprendido entre 1 de enero del 2008 al 30 de junio del 2009.
- Determinar las principales patologías maternas que se presentan en el Hospital Civil de Ipiales.
- Analizar las diferentes variables que inciden en la morbilidad materno perinatal.

1.4 JUSTIFICACION

La principal razón para la realización de este trabajo es que no existe una información clara sobre la morbilidad materno perinatal en el hospital civil de Ipiales, más aún considerando las altas tasas de esta patología en Nariño y particularmente en Ipiales, con su consiguiente impacto social y económico.

En general, mejorando las condiciones de educación y salud para la mujer se puede influir positivamente sobre el resultado de los 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 puede reducir sustancialmente el número de muertes maternas, 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.

Colombia está vinculado en el denominado objetivo para el desarrollo del milenio a cumplirse en el año 2015 que tiene entre una de sus metas importantes disminuir a cifras mínimas la morbilidad materno perinatal, de ahí deriva la importancia de implementar y realizar este tipo de trabajos tendientes a analizar las variables y recomendar planes de acción tendientes a cumplir estos objetivos planteados, esto adquiere más relevancia si se analizan estudios que muestran que en Colombia en estos momentos estamos muy lejos de poder llegar a cumplir tan anheladas metas.

1.5 METODOLOGÍA

1.5.1 Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo, por utilizar instrumentos de recolección de información y medición de variables estructuradas, que fueron cuantificadas en la etapa de procesamiento y analizadas usando el método estadístico.

1.5.2 Tipo de Estudio: El estudio es de tipo descriptivo, y el diseño es de corte transversal ya que en este proyecto se describieron y documentaron las variables sociodemográficas, la determinación de las principales patologías, las variables que inciden en la morbilidad e identifican los factores de riesgo de la población materna.

Es además, un estudio retrospectivo, porque se tomó información registrada en Historias Clínicas del año 2008 y primer período de 2009, en donde ya se tiene el efecto de los posibles factores de riesgo sobre morbilidad de las maternas.

1.5.3 Población y Muestra: La población de estudio estuvo conformada por las madres gestantes que ingresaron por el servicio de urgencias o por consulta externa que fueron atendidas de manera hospitalaria del Hospital Civil de Ipiales. Universo: 2904 pacientes

1.5.4 Fuentes de recolección de información

1.5.4.1 Fuentes Secundarias: Se recolectó información de historia clínica perinatal, base del sistema informático perinatal, revistas, artículos, folletos, libros de ginecoobstetricia, libros de investigación, libros de morbilidad.

1.5.5 Técnicas de recolección de información: Para el ingreso de la información se dispuso de un computador con sistema operativo Windows XP, en el cual se encuentran los programas informáticos de la versión 1.33 del SIP, los manuales para su diligenciamiento en formato del programa Word, los formularios en formato JPG, recuperables con cualquier editor de gráfico y la guía para enviar la base de datos por Internet. Todo este material fue obtenido de la página Web del CLAP⁹: Las historias son ingresadas al sistema el día del egreso de las pacientes y ésta función es realizada por el especialista encargado de la coordinación del programa.

El SIP lo complementa la historia de hospitalización neonatal. El SIP permite luego del ingreso de los datos, realizar informes acerca de: Control del llenado, descripción de la población estudiada en relación a factores de riesgo prevalentes, indicadores básicos y FIG0(Federación Internacional de Ginecología y obstetricia) de la atención perinatal, indicadores de mortalidad Perinatal y Materna, y la descripción de mas de 85 variables. Además es posible realizar análisis mas complejos dependiendo de las necesidades de administración o de investigación, para lo cual las bases de datos creadas con el programa Access del paquete Office pueden ser convertidas a bases planas empleadas por el programa Epi info. 2000 con el cual es compatible el SIP y se realiza simplemente activando una entrada del Menú Administración

1.5.6 Control de Sesgos: Para controlar sesgos se utilizaron los siguientes criterios de selección: uniformidad de datos de controles prenatales, dirección y teléfono registrados en la Historia Clínica para completar datos cuando se requiera.

1.5.7 Consideraciones Éticas: El estudio de la Caracterización de las causas de morbimortalidad materno perinatal, a través del SIP durante el periodo comprendido entre 1 de enero del 2008 al 30 de junio del 2009, del Hospital Civil de Ipiales-Nariño, fue utilizado únicamente como fuente estadística. En la realización de la investigación se preservó la identidad de las pacientes y se solicitó autorización de los entes encargados de la custodia de las historias clínicas.

⁹ www.clap.ops-oms.org

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEORICO

La estimación de las cifras de mortalidad materna en Colombia presenta serios problemas. Los dos componentes de la razón de mortalidad materna provienen de las estadísticas vitales y constituyen la única fuente de información, aunque con frecuencia estas estadísticas tienen problemas de calidad y cobertura. “Existen dificultades tanto en relación con la identificación de las muertes maternas como imprecisión del certificado de defunción y subregistro de los partos ocurridos en el domicilio. De otro lado, las dificultades en el registro obstaculizan el ajuste de las tasas y propician diferencias entre los datos emanados de distintas entidades. Así mismo, dependiendo de la fuente empleada para establecer el número de nacidos vivos (proyecciones DANE vs. certificados de nacimiento) se producen distintos escenarios en las cifras de la mortalidad materna.”¹⁰

“En el análisis de la mortalidad materna para los años 1992-1996, la distribución por departamentos de Nariño, Boyacá, Caquetá, Cauca presentaban las tasas de mortalidad materna más altas. Si se analiza por subregiones, en cinco de éstas el país concentraba más del 90% de la mortalidad materna: Suroccidente Colombiano (Cauca y Nariño), Valles de los ríos Sinú, San Jorge y San Juan (Sucre y Córdoba), Magdalena Medio (Santander, Antioquia, sur del Cesar y sur de Bolívar), pie de monte llanero (Caquetá, Putumayo, Huila y Tolima) y otros municipios pertenecientes a Chocó y Boyacá. De las 714 muertes maternas reportadas por estadísticas vitales al DANE en 2001, nueve departamentos y un distrito aglutinan el 52% del total. Así, en Bogotá se presentan 97 muertes, en Antioquia 67, en Valle 59, en Cundinamarca 37, en Cauca 36, en Nariño 35, en Atlántico 35, en Santander 30, en Bolívar 29 y en Boyacá 25.6. Teniendo en cuenta la distribución de la mortalidad materna en el país, si se despliegan acciones en estos departamentos se impactaría sobre el territorio responsable de la mitad de los casos.”¹¹

Vale la pena resaltar que en el resto de los departamentos (48%) el primer lugar lo ocupa el Chocó, departamento que ha mantenido tasas de mortalidad materna muy altas en los últimos años.

¹⁰ www.fecolsog.org

¹¹ www.minproteccionsocial.gov.co

Antecedentes históricos de la atención prenatal. En Estados Unidos, la atención prenatal organizada fue introducida en su mayor parte por reformadores sociales y enfermeras. En 1901, la esposa de William Lowel Putnam, del Boston Social ¹²

Service Department, comenzó un programa de visitas de enfermeras a mujeres incorporadas al servicio de partos domiciliarios del Boston Lying-in Hospital.

En 1911 estableció una clínica prenatal para pacientes ambulatorias e instó a las mujeres para que, en lo posible, se inscribieran apenas iniciado el embarazo. La señora Putnam convenció entonces a los médicos del Hopkins Hospital John para que apoyaran la atención prenatal sistemática. En 1914, en dicho hospital se realizó un estudio en el cual se afirmaba que los cuidados prenatales organizados podrían haber disminuido 40% la mortalidad fetal.¹³

“Durante la década del 1980, en Estados Unidos 75% de las mujeres iniciaron cuidados prenatales durante el primer trimestre. La media de consultas efectuadas en 1989 por mujeres que recibieron algún tipo de cuidado prenatal fue de doce. La proporción de mujeres que recibieron atención prenatal tardía, comenzada en el tercer trimestre, o ningún cuidado, se ha mantenido en 6% desde 1983. En 1993, 98% de todas las mujeres recibió algún tipo de atención prenatal. El objetivo del United States Public Health Service para 2000 es que por lo menos 90% de las mujeres estadounidenses inicie los cuidados prenatales en el primer trimestre.

Causas de la mortalidad materna. Las muertes maternas pueden tener causas obstétricas directas e indirectas. Las causas directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado del embarazo, el parto o el puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las causas mencionadas. Las causas indirectas son las que resultan de una enfermedad previa al embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas directas, pero agravadas por el embarazo.”¹⁴

Las causas directas de la mortalidad materna en Colombia se han mantenido estáticas en la última década. De las causas directas, el 35% corresponden a eclampsia, el 25% a complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, el 16% a embarazo terminado en aborto, el 9% a otras complicaciones del embarazo, el

¹² www.scribd.com

¹³ www.fecolsog.org/userfiles/file/.../Atención%20Prenatal.ppt

¹⁴ www.col.ops-oms.org

8% a complicaciones del puerperio y el 7% a hemorragias. 8 Estas complicaciones no necesariamente son predecibles, pero casi todas pueden ser evitables. Sobre las causas indirectas se tiene poca información consolidada. Es importante resaltar que se encuentra un volumen considerable de muertes que no se clasifica adecuadamente y otras que ocurren después del día 42 del puerperio, pero que se encuentran relacionadas con la maternidad y que no se contabilizan dentro de las primeras causas.¹⁵

En cuanto al aborto inducido, éste es penalizado en Colombia y en consecuencia la estimación de sus cifras es muy compleja. Su carácter ilegal origina la realización de abortos realizados de manera insegura y en malas condiciones, lo cual desencadena complicaciones que pueden ocasionar enfermedades mayores, secuelas de salud y muerte. Se estima que casi el 60% de los casos de aborto que llegan a las instituciones prestadoras de servicios de salud es inducido.¹⁶

Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna. Las condiciones que se han identificado como factores de riesgo asociados a la mortalidad materna son de diversas categorías que se relacionan entre sí: la alta fecundidad, la baja prevalencia de uso anticonceptivo y las edades extremas. De otra parte, en el contexto del país también vale la pena analizar el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud o no contar con afiliación al sistema, y su relación con la mortalidad materna así como condiciones específicas de vulnerabilidad como la situación de desplazamiento¹⁷.

Las mujeres con mayor fecundidad presentan tasas más altas de mortalidad materna. Así, las mujeres con cuatro hijos o más presentan tasas por encima de 120 y las que tienen 2,4 hijos o menos presentan tasas por debajo de 64. La mortalidad materna se comporta de manera inversamente proporcional a la prevalencia de uso anticonceptivo. Las zonas con prevalencia por encima del 74% presentan mortalidad materna de 74, mientras que donde la prevalencia anticonceptiva es de 62% o menos la mortalidad materna asciende a 111.

En un estudio realizado en el año 2007 se evidenció que la política de salud sexual y reproductiva no ha reflejado en su estructura y asignación de recursos las necesidades de la población, especialmente adolescente, quedando marginada del sistema de seguridad social en salud.

¹⁵ www.minproteccionsocial.com.gov

¹⁶ www.unal.edu.co

¹⁷ www.colombia-huila.gov.co/odm.shtml?

Según los análisis de mortalidad materna para Colombia 1998-1999, el patrón de mortalidad materna indica que los riesgos son más altos en los primeros años del período fértil. Luego disminuyen, observándose el nivel más bajo entre los 20 y los 29 años para volver a aumentar a medida que avanza la edad.¹⁰ También vale la pena mencionar que en los últimos diez años se ha observado un incremento en la mortalidad materna en el grupo de mujeres entre 15 y 19 años.¹⁸

En el período 1995 a 2000, de la totalidad de las muertes maternas el 27,3% corresponde a mujeres afiliadas al régimen subsidiado, el 17,5% a mujeres sin afiliación y el 20% a mujeres afiliadas al régimen contributivo. En el 25% de los casos se desconoce a qué régimen de afiliación pertenecía la mujer. 11 Determinantes económicas, sociales y culturales

En términos generales, podría afirmarse que la falta de garantías para el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, en especial el derecho a la vida, afecta de manera definitiva los indicadores de mortalidad materna. A esta falta de garantías se suman determinantes de tipo social, económico y cultural que se reflejan en una mayor vulnerabilidad de las mujeres ante las complicaciones obstétricas, y debilidades en la gestión que se traducen, de manera notoria, en deficiencia para la prestación de servicios de calidad, dificultades para el acceso, e institucionalización de prácticas que impiden que la atención se lleve a cabo de acuerdo con el principio de integralidad. Los factores de vulnerabilidad que con más frecuencia se asocian a la mortalidad materna son el bajo nivel de escolaridad, la pobreza, la residencia en zonas rurales, urbanas marginales o de conflicto armado, el desplazamiento forzado, las limitaciones de la cobertura del SGSSS, entre otros. A su vez, todos estos factores se relacionan con aspectos económicos, sociales y culturales que tienen incidencia en los indicadores de mortalidad materna.

A pesar de que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000, la cobertura de atención prenatal por médico o enfermera es de 87% y la de parto institucional es de 91%, se ha comprobado que estos indicadores no se correlacionan con las altas tasas de muertes maternas, lo cual podría indicar que existen problemas relacionados con la calidad de la atención, los cuales, como ya se ha mencionado antes, se relacionan, a su vez, con la falta de garantía de los derechos de la mujer.¹⁹

¹⁸ www.colombia.unfpa.org

¹⁹ www.unfpa.org/upload/.../309_filename_mmupdate_2002_spa.pdf

“Sin dejar de reconocer la importancia de los diálogos interculturales para el mejoramiento de los indicadores de mortalidad materna, también es importante mencionar aquí como determinantes de la mortalidad materna las características étnicas y culturales de algunos grupos sociales discriminados que llevan a cabo los que se ha denominado “prácticas no seguras” tales como permitir el sangrado, realizar procedimientos que no tienen en cuenta recomendaciones de asepsia, atender el parto por personal no capacitado, entre muchas otras, y el posicionamiento de imaginarios y representaciones de determinadas culturas frente al dolor, frente al pudor y frente a la búsqueda de atención adecuada y oportuna, etc.”²⁰

Los retrasos en la atención materna. En la literatura nacional e internacional se han identificado cuatro 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 cuatro 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, retraso en la prestación de los servicios de urgencias en las mismas instituciones de salud y retraso en la prestación de servicios de calidad.

“Consecuentemente, para reducir estos riesgos los expertos 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 de que las mujeres reciban atención adecuada en las instituciones de salud.”²¹

Es importante resaltar que previo al embarazo existen medidas altamente efectivas para disminuir la mortalidad materna. 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, 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.²²

²⁰ www.unicef.org.co

²¹ www.saludcapital.gov.co

²² www.unfpa.org/upload/.../309_filename_mmupdate_2002_spa.pdf

Diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en 2005 hubo 536 000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado. La mejora de la salud materna es uno de los ocho ODM adoptados por la comunidad internacional en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en 2000. El ODM 5 consiste en reducir, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes. Sin embargo, entre 1990 y 2005 la RMM sólo disminuyó en un 5%. Para alcanzar el ODM 5 hay que acelerar los progresos.

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas; en el Níger es de 1/7, mientras que en Irlanda es de 1/48 000.(2) Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares.

“La mayoría de las muertes maternas son evitables, pues existen soluciones terapéuticas o profilácticas para sus principales causas. La atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte. Por ejemplo, una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede matar, incluso a una mujer sana, en dos horas. Una inyección de oxitocina administrada inmediatamente después del parto es muy eficaz para reducir el riesgo de hemorragia.”²³

La segunda causa más frecuente de muerte materna, la septicemia, puede reducirse mucho si se utilizan técnicas asépticas. La tercera, la preeclampsia, es un trastorno hipertensivo del embarazo bastante frecuente, pero que se puede vigilar; aunque no se puede curar totalmente antes del parto, la administración de medicamentos como el sulfato de magnesio puede reducir el riesgo de convulsiones (eclampsia) potencialmente mortales. Otra causa frecuente de muerte materna, el parto obstruido, puede ser evitada o tratada por asistentes de partería cualificados. El parto obstruido se produce cuando el feto tiene una

²³ www.scielo.org.co

posición anormal o su cabeza es demasiado grande para el tamaño de la pelvis materna. Un instrumento simple para identificar tempranamente los problemas del parto es el partograma, un gráfico de la progresión del parto y del estado del feto y la madre que el personal cualificado puede utilizar para identificar la progresión lenta antes de que se produzca la obstrucción y tomar las medidas necesarias, entre ellas la cesárea.²⁴

“En Colombia no se conoce la incidencia exacta de la mortalidad perinatal, porque no se registra en forma rutinaria la muerte fetal tardía. Sin embargo, el análisis de la mortalidad infantil permite un acercamiento a la gravedad del problema. En 1996, la razón de mortalidad infantil fue de 28 por 1.000 nacidos vivos, de la cual 8,2 corresponde a mortalidad neonatal temprana, 10,8 a neonatal tardía y mortalidad postnatal. A pesar del plan de reducción, en los últimos cinco años no se ha observado mejoría en los indicadores.”²⁵

Según el Ministerio de Salud, las cinco primeras causas de mortalidad perinatal en el país son: Síndrome de dificultad respiratoria, afecciones respiratorias, hipoxia y asfixia al nacer, trastornos digestivos, complicaciones de la placenta y el cordón.

2.1.1 Antecedentes. Un estudio realizado en el Hospital de Caldas, Manizales entre enero de 1993 y diciembre de 1995 “Morbimortalidad materna en el Hospital de Caldas, Manizales” por el epidemiólogo y ginecoobstetra Eduardo León Jaramillo, concluye muestra que la principal causa de morbilidad materna fue el aborto, y los trastornos hipertensivos (pre-eclampsia- eclampsia). La primera causa de muerte se asoció a preeclampsia-eclampsia y aportó cerca de la mitad de las muertes materna, a pesar que la primeras dos causas de morbilidad en el estudio realizado en la fundación hospital san pedro fue aborto y pre-eclampsia-eclampsia, no se detectaron casos de mortalidad materna.

“En el año 2005 se realizó un estudio acerca de Prácticas Clínicas en el Cuidado de Gestantes y Recién Nacidos en Algunos Hospitales de Bogotá, Colombia Evaluando la frecuencia de uso de 17 prácticas en el manejo de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Se realizó un estudio de corte transversal Las prácticas seleccionadas fueron: cuidados durante la gestación: porte del carné perinatal, suplementación con hierro y ácido fólico, tamización para sífilis y bacteriuria asintomática; durante el trabajo de parto: acompañamiento continuo durante el trabajo de parto, abstenerse del uso de

²⁴ www.unfpa.org/upload/.../309_filename_mmupdate_2002_spa.pdf

²⁵ www.nacer.udea.edu.co

enemas y rasurado perineal, episiotomía selectiva en primíparas, posición en el parto, manejo activo del trabajo de parto en gestación mayor a 41 semanas, y manejo activo del alumbramiento; en el tratamiento de complicaciones de la gestación y el parto: administración de antibióticos profilácticos en cesárea, tratamiento de la preeclampsia severa y eclampsia con sulfato de magnesio, y administración de corticoides para inducir maduración pulmonar fetal en madres con alto riesgo de parto pretérmino; en cuidados del recién nacido: lactancia materna exclusiva y sin restricciones, alojamiento conjunto madre-recién nacido. Se llegó a la conclusión de que se requiere el desarrollo de metodologías efectivas que garanticen la adherencia a las normas y guías de atención materna y perinatal, y de decisiones administrativas y gerenciales que faciliten su cumplimiento”²⁶.

Según Profamilia, no puede ser que haya aumentado la tasa de mortalidad materna, debido a que la atención prenatal en Colombia ha mejorado, al punto que el 94 por ciento de las madres, de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años, tuvo atención prenatal. Añadió que la mayoría de estas madres (87 por ciento) recibió atención por parte de un médico y el 7 por ciento de una enfermera”.²⁷

El manejo activo del trabajo del parto parece ser una opción válida en nuestro medio para obtener buenos resultados en la atención de pacientes obstétricas. Se define como manejo activo de parto aquel en el cual el obstetra toma un papel activo, conductor y acompañante de la paciente gestante en trabajo de parto.

El manejo activo del trabajo de parto ha demostrado sus bondades en los resultados materno y perinatales, tales como la disminución de la hemorragia posparto, el acortamiento de la duración del trabajo de parto, el acompañamiento efectivo del equipo de salud a la gestante, el alivio del dolor y de manera indirecta, la disminución de la tasa de cesáreas, cuando esta se realiza, justifica su causa con más precisión.²⁸

Se encontró que el 77% de las pacientes estaba entre los 18 - 35 años y el 45% era primigestante. Las complicaciones hemorrágicas se presentaron sólo en el 1,4% de las pacientes y el porcentaje de cesáreas fue del 24,3%. Se obtuvo una duración del trabajo del parto menor a seis horas en el 84,6% de las pacientes y

²⁶ www.nacer.udea-edu.com. Revista de salud Publica volumen 8 noviembre de 2006

²⁷ www.mineduccion.gov.com

²⁸ www.obgyn.net

se disminuyó la duración principalmente en primigestantes en más del 30% de su tiempo, sin encontrar resultados adversos perinatales inmediatos.

Este trabajo descriptivo retrospectivo nos abre la posibilidad de plantear estudios con características epidemiológicas más detalladas que convaliden los hallazgos en nuestro medio y nos permita recomendar este manejo con el reconocimiento de la medicina basada en la evidencia”²⁹.

2.2 MARCO CONTEXTUAL

2.2.1 El Departamento de Nariño dispone de 16 hospitales, 1 clínica del Instituto de los Seguros Sociales, 5 clínicas particulares, 24 centros de salud, con un total de 2.138 camas, 129 puestos de salud, 350 médicos vinculados con el sector oficial y 5.149 centros de atención de diferentes modalidades del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. “La mayoría de los municipios cuenta con una biblioteca y diferentes escenarios deportivos”³⁰.

El Hospital Civil cuenta con los servicios de internación donde se encuentran: ginecología, medicina interna, pediatría, quirúrgicas, servicio unipersonal y la unidad de cuidados intensivos para recién nacidos, urgencias que cuenta con; consulta, estancia, ambulancia, aplicación de sangre o derivados, biopsias, debridamiento, extracción de cuerpos extraños, inmovilización, lavados, resecciones, reducciones, suturas, taponamientos, tratamientos de esguinces, entre otros; en cirugía, se encuentra: quirófano y sala de partos, cirugía general, ginecobstetricia, cirugía de traumatología, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía plástica y reconstructiva, urología, igualmente en atención ambulatoria y apoyo diagnóstico en laboratorio clínico, banco de sangre e imagenología la misión de este hospital es prestar servicios de salud con altos niveles de calidad humana, técnica y científica percibida por el usuario contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de vida de la población. como visión piensa ser una institución líder en la prestación de servicios de salud con calidad, garantizando al usuario seguridad dentro del proceso de atención mediante el fortalecimiento integral del talento humano mejoramiento de la infraestructura y renovación tecnológica.

²⁹ Rev Colomb Obstet Ginecol vol.55 no.2 Bogotá Apr./June 2004

³⁰ Regional de Nariño (CORPONARIÑO), por medio de la Ley 99 de 1993.

⁷ www.deis.gov.ar/definiciones.htm

⁸ www.dssa.gov.co/download/Protocolos/P008.pdf

⁹ www.cimacnoticias.com/

2.3 MARCO CONCEPTUAL

ALUMBRAMIENTO: Tercer periodo del parto que comienza en la expulsión de la placenta, el cordón_umbilical y las membranas; esto lleva entre 5 y 30 minutos.

ATENCION PRENATAL. Conjunto de acciones de salud que reciben las embarazadas durante la gestación.

BACTERIURIA ASINTOMATICA. La Bacteriuria Asintomática (B.A.) se refiere a la presencia de bacterias que se multiplican activamente en las vías urinarias sin provocar síntomas. Es sabido de que no desarrollarían pielonefritis y otro importante porcentaje terminaría en complicaciones durante el embarazo.

EPISIOTOMIA: Incisión quirúrgica en la vulva que se practica en ciertos partos para facilitar la salida del feto y evitar desgarros en el perineo.

MORBILIDAD MATERNA. La morbilidad está dada por las complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación, parto o puerperio y pueden ser inmediatas o mediatas, afectando la salud de las mujeres muchas veces en forma permanente.

MUERTE MATERNA. Defunción de una mujer durante el embarazo, el parto o durante los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente del sitio y del tiempo de duración de éste. Se excluyen de esta clasificación las muertes ocasionadas por accidentes, envenenamientos y homicidios. Para considerar muerte materna, la defunción debe estar relacionada o agravada por el proceso mismo del embarazo, el parto, el puerperio o la atención recibida durante estos procesos. También estarán sujetas a vigilancia, las muertes ocurridas en un período posterior pero cuya causa sea atribuible al proceso de reproducción o a su atención.

MORBILIDAD PERINATAL. Es el número de personas que presentan alguna patología entre las 28 semanas de gestación y los primeros 7 días de vida.

MUERTE INFANTIL (MI). Es la muerte acaecida por cualquier causa entre el nacimiento y el primer año de vida.

MUERTE PERINATAL. Muerte del producto que alcanza un mínimo de 1000 gramos o 28 semanas de gestación y hasta los siete primeros días de vida. También estarán sujetas a vigilancia 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.

PARTOGRAMA. Representación grafica en un plano cartesiano de la evolución de la dilatación del cérvix y del descenso de la presentación en relación con el tiempo transcurrido de trabajo de parto.

PUERPERIO: Período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino vuelvan a las condiciones pre-gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.

TASA DE MORTALIDAD MATERNA. Es el número de muertes maternas sobre el total de nacidos vivos por cada 100.000 nacidos vivos en un área y año dado.

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se remitió directamente a la base de datos del Sistema Informático Perinatal SIP, con el que cuenta el Hospital Civil de Ipiales, Para el análisis se obtuvo frecuencias absolutas, frecuencias relativas.

Del 1 de enero del 2008 al 30 de junio de 2009, se registraron e ingresaron al SIP, 2836 pacientes; 2874 embarazos; 2892 nacimientos. El primer parámetro a analizar es la opción de Control De Llenado del programa y sirve para evaluar el completo diligenciamiento de la historia clínica, por cuanto el éxito y confiabilidad del mismo depende del correcto y completo llenado de cada una de las casillas de las historias clínicas. La norma determina que es tolerable hasta un 15% de déficit de llenado en el caso de implementación del sistema en forma reciente

Tabla 1. Control de llenado HCP

SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL - Versión 2.02 - 23/09/2009
HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E
Control de llenado HCP

Selección por fecha: Parto / Aborto Fecha ingreso entre 01/01/2008 y 30/06/2009; 2836 pacientes; 2874 embarazos; 2892 nacimientos

Indicador	Cantidad	Tasa
Falta de datos (toda la HCP)	46771	5.7
Falta de datos patronímicos (grupo I de HCP)	12	0.0
Falta de datos Paciente (grupo II de HCP)	3131	2.6
Falta de datos Embarazo (grupo III de HCP)	14330	7.0
Falta de datos Parto (grupo IV de HCP)	27	0.0
Falta de datos Pat.maternas (grupo V de HCP)	12956	7.8
Falta de datos Recién Nacido (grupo VI de HCP)	16315	9.5
Falta datos muerte Fetal o su momento	445	15.0
Falta datos egreso del RN	436	14.7
Falta datos egreso materno	0	0.0
Falta datos peso al nacer	4	0.2
Falta datos EG	1	0.0

Fuente: sistema informático perinatal

Tabla 2. Años de escolaridad

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 2.02 - 11/11/2009
 HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E
 Descripción de una variable
 Selección por fecha: Parto / Aborto Fecha ingreso entre 01/01/2008 y 30/06/2009;
 2836 pacientes; 2874 embarazos; 2892 nacimientos

AÑOS	ESCOLARIDAD	CASOS	%
TOTAL			
0 - 0		40	1.4
1 - 1		10	.4
2 - 2		44	1.6
3 - 3		82	2.9
4 - 6		521	18.4
7 - 9		166	5.9
10 - 12		658	23.2
13 - 16		40	1.4
sin dato		1,233	43.5
TOTALES		2,836	100
			%

Fuente: sistema informático perinatal

1er mínimo: 0 en N. 005700000000000000000000067004

1er máximo: 21 en N. 005700000000000000000000206972

Media: 4.6 Desvío standard: 4.1 Coeficiente de variación: 49.5%

Percentiles p10=3.9 p25=7 p50=11.8 p75=30 p90=30

En esta tabla se describe un gran número de pacientes que han aprobado el año 10 al 12 de escolaridad, pero la mayoría de pacientes no tienen el dato sobre su escolaridad, en donde se muestra la falla en la recolección de los datos en el interrogatorio a las pacientes.

Tabla 4. Estado civil

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 2.02 - 11/11/2009
HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E

Descripción de una variable

Selección por fecha: Parto / Aborto Fecha ingreso entre 01/01/2008 y 20/06/2009;
2836 pacientes; 2874 embarazos; 2892 nacimientos

ESTADO CIVIL	CASOS	%
casada	684	23.8
unión libre	1,028	35.8
soltera	1,114	38.8
otro	11	.4
sin dato	37	1.3
TOTALES	2,874	100 %

Fuente: sistema informático perinatal

El estado civil que predomina es madres solteras, en segundo lugar se encuentra la unión libre

Tabla 5. Ocupación

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 2.02 - 11/11/2009
 HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E

Descripción de una variable

Selección por fecha: Parto / Aborto Fecha ingreso entre 01/01/2008 y 20/06/2009;
 2836 pacientes; 2874 embarazos; 2892 nacimientos

OCUPACIÓN	CASOS	%
Sector Comercio	1	.0
Sector Salud	8	.3
Actividades Inmobiliarias	0	.0
Servicios Financieros	1	.0
Comunales, Sociales y Personales	1	.0
Sub-empleada Otras Ramas	0	.0
Desempleada Aspirante	8	.3
Hogar - Ama de Casa	2,487	87.7
No Informa	12	.4
Otras Ramas	191	6.7
Empleada Servicio Domestico	0	.0
Labores de Oficina	2	.1
Sector Educación	122	4.3
sin dato	3	.1
TOTALES	2,836	100 %

Fuente sistema informático perinatal

OCUPACION: en esta tabla se describe la ocupación a la cual se dedican las madres gestantes en donde se observa que la mayoría de la población esta dedicada al hogar y ama de casa.

Tabla 6. Indicadores del control prenatal

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 2.02 - 11/11/2009
 HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E
 Descripción de una variable
 Selección por fecha: Parto / Aborto Fecha ingreso entre 01/01/2008 y 20/06/2009;
 2836 pacientes; 2874 embarazos; 2892 nacimientos

Indicador	Cantidad	Tasa
Sin consulta prenatal	91	13.8
Consultas prenatales 1-4	209	36.9
Con consulta prenatal	566	85.6
1er. Consulta semana 20 o después	49	8.7
1er. consulta en 1er. trimestre (1-12s)	43	7.6
1er. consulta en 2do. trimestre (13-24s)	65	11.5
1er. consulta en 3er. trimestre (25-43s)	24	4.2
No trae carnet perinatal	493	74.6

Fuente. Sistema informático Perinatal

En esta tabla se describe como un gran porcentaje de ellas fue entre 1 y 4 controles el cual se encuentra por debajo de los 5, que son considerados como adecuados. Sin embargo esta información debe ser analizada con cuidado por cuanto mucha de ella fue recolectada sin contar con el carnet prenatal y existe mucha falta de datos

CONTROL PRENATAL. Al analizar el comportamiento del control prenatal se encontró que la mayoría de las pacientes (72.7%) tuvieron control prenatal.

Tabla 7. Morbimortalidad materna

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 2.02 - 11/11/2009
 HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E
 Descripción de una variable Selección por fecha: Parto / Aborto Fecha ingreso
 entre 01/01/2008 y 20/06/2009; 2836 pacientes; 2874 embarazos;
 2892 nacimiento

Indicador	Cantidad	%
Amenaza Parto Pret.	85	2.9
HTA inducida emb.	144	6.6
HTA crónica	1	0
Eclampsia	5	0.2
Preeclampsia	56	2.2
Elnección urinaria	40	1.6
Mortalidad materna hospitalar (por cien mil)	1	0

Fuente. Sistema Informático Perinatal

Las patologías prevalentes en la Institución, así como sus porcentajes son las reseñadas en la literatura nacional y mundial; siendo los estados hipertensivos del embarazo los que ocupan el primer lugar.

Tabla 8. Mortalidad materna y neonatal

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 2.02 - 11/11/2009
HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E

Descripción de una variable

Selección por fecha: Parto / Aborto Fecha ingreso entre 01/01/2008 y 20/06/2009;
2836 pacientes; 2874 embarazos; 2892 nacimiento

MUERTES	CASOS	TASA
M. fetales >= 22 semanas CIE10 (por mil)	38	15.2
M. neonatales precoz CIE10 (por mil)	18	7.3
M. perinatales CIE10 (por mil)	56	22.4
M. maternas hospitalares (por cien mil)	1	40.5

Fuente: Sistema Informático Perinatal

Se observa que el mayor número de muertes ocurre en el periodo perinatal, y se describe la mortalidad materna que es de 1 caso.

Tabla 9. Tienen y llevan carné

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 2.02 - 11/11/2009
HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E

Descripción de una variable

Selección por fecha: Parto / Aborto Fecha ingreso entre 01/01/2008 y 30/06/2009;
2836 pacientes; 2874 embarazos; 2892 nacimientos

CARNÉ	CASOS	%
No	799	27.2
Si	2,139	72.7
sin dato	4	.1
TOTALES	2,942	100
		%

Fuente: Sistema Informático Perinatal

La anterior información permite plantear el interrogante de qué tan eficiente es el control prenatal que se realiza en el nivel I de atención y si el carnet prenatal siendo un instrumento muy importante de intercomunicación e información entre los diferentes niveles de atención está siendo correctamente utilizado.

4. DISCUSIÓN

El análisis de la morbilidad y mortalidad materna es una de las actividades más importantes para evaluar el estado de salud de una población.

La mortalidad materna (MM) es un problema importante de salud pública en Colombia, pero evitable mediante diferentes estrategias. A pesar de que en la actualidad se sabe que gran parte de las intervenciones obstétricas reciben una atención calificada, la toxemia, sepsis e infecciones puerperales y hemorragias son aún las causas principales de muerte en las madres.

Es importante reconocer que existe un gran desacuerdo con los niveles de morbimortalidad en nuestro municipio, ya que no hay una cifra clara de la morbimortalidad materna en Ipiales.

Los resultados de este estudio muestran que la mortalidad materna en el hospital civil de Ipiales en el periodo comprendido entre 1 de enero del 2008 al 30 de junio del 2009 fue de un caso.

Los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna son de diversas categorías que se relacionan entre sí: la alta fecundidad, la baja prevalencia de uso anticonceptivo y las edades extremas. De otra parte, en el contexto del país también vale la pena analizar el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud o no contar con afiliación al sistema, y su relación con la mortalidad materna así como condiciones específicas de vulnerabilidad como la situación de desplazamiento.

El control prenatal es considerado como factor protector durante el embarazo, ya que permite identificar factores que pueden alterar el estado normal del embarazo, y en el estudio se pudo observar que el 72.7% de las gestantes cumplieron con el control prenatal.

5. CONCLUSIONES

Se requiere de compromiso por parte de las instituciones de salud para realizar un completo diligenciamiento de la historia clínica perinatal y de su análisis, para de esta manera poder identificar debilidades y fortalezas en la atención maternoperinatal y además, conocer la situación epidemiológica de las instituciones prestadoras de salud a nivel nacional.

En este estudio se puede concluir que existe un porcentaje significativo de embarazos en adolescentes, lo cual refleja falta de campañas de promoción y prevención en cuanto a la planificación familiar.

En la sociedad actual existe un gran índice de madres solteras.

En cuanto a la ocupación, la mayoría de nuestras madres se dedican a los oficios del hogar.

Un gran porcentaje de las madres incluidas en este estudio asistió entre 1 y 4 controles prenatales, los cuales se encuentran por debajo de los 5 que son considerados como adecuados.

Una de las principales causas de morbilidad materna fueron los estados hipertensivos del embarazo, contemplados en la literatura como una de las principales causas de morbilidad maternoperinatal a nivel mundial.

La mayoría de las pacientes incluidas en el estudio asistieron a control prenatal, sin embargo, muchas de ellas no tienen el carnet de control prenatal lleno completamente, lo que hace dudar de la eficiencia del control prenatal y de la confiabilidad de los datos.

BIBLIOGRAFIA

CLAP. 1983. "Incidencia del Bajo Peso al Nacer y Mortalidad Perinatal en América Latina." Salud Perinatal 1.

Díaz, A.G., Schwarcz R. Díaz Rossello J.L, Simini F. et al. «Sistema Informático Perinatal»: Publicación Científica CLAP 1364, 5ed. Montevideo: CLAP, 1997.

Diaz-Rossello JL. Health services research, outcomes, and perinatal information systems. Curr Opin Pediatr 1998.

OPS. Situación de salud en las Américas, Indicadores Básicos 2007. OPS. Oficina regional de la organización mundial de la salud. Análisis de salud y sistemas de información sanitaria.

OPS/OMS. Sistema Informático Perinatal. Salud Perinatal - Boletín del CLAP 1998.

Schwarcz R, Diaz AG, Fescina RH, Diaz Rossello JL, Marteil M, Tenzer SM [Simplified Perinatal Clinical Record]. Bol Oficina Sanit Panam 1983. 172. p

Simini F, Fernández A, Sosa C, Diaz Rossello JL. Sistema Informático Perinatal. Latencia de Incorporación e impacto en el registro clínico perinatal. FSS00108. 2000.

Simini F. Perinatal information system (SIP): a clinical database in Latin America and the Caribbean Lancet 1999; 354 p.

Sosa C, Fernández A and Simini F. Incorporación del hábito de documentación informática en maternidades usuarias del Sistema Informático Perinatal. Resúmenes de Marbella. 1999. 90 p.

Zorn. EB. Ilie Clarion. Publicado por "Cesarean Prevention Movement", Syracuse. New York. 1999

NETGRAFIA

Boletines Epidemiológicos. Panorama de la mortalidad materna en Colombia, 1995 – 2000: logros, fracasos. www.col.ops-oms.org/sivigila/.../bole37_2001.htm

ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3314mat.htm

Colombia lidera lucha contra mortalidad materna en Naciones Unidas En: www.todelar.com/node/1114

CVN - Reducción de mortalidad materna en Colombia es progresiva: En: www.mineducacion.gov.co/.../article-111505.html

Definiciones y Conceptos en estadísticas de salud. En: www.deis.gov.ar/definiciones.htm

El ambicioso objetivo de reducir la mortalidad materna en un 75% hacia el año 2015, En: www.unfpa.org/upload/.../309_filename_mmupdate_2002_spa.pdf

En el Embarazo se producen alteraciones del mecanismo hemostático ... asociado con morbilidad y mortalidad materna. En: sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/pena.../Cap2.pdf

Estructura de la Mortalidad Materna en Colombia. José Alberto Ulloque M.D.. De 1.113 municipios, 126 notificaron muertes maternas al SIVIGILA, de éstos. En: www.fecolsog.org/userfiles/file/.../Atención%20Prenatal.ppt

Indicadores> Mortalidad Materna y Salud Sexual - Colombia: En: www.colombia-huila.gov.co/odm.shtml?apc...

Mortalidad materna en la Argentina. En: .msal.gov.ar/textos/37.pdf

Mortalidad materna en Colombia 1998-2001, ¿cuánto ha mejorado su estima- En: www.urosario.edu.co/.../07_mortalidadmaterna_vol5n2.pdf – de PPD L Decade

Morbimortalidad materna en el hospital de caldas, manizales, colombia: El análisis de la morbilidad y mortalidad materna es una de las actividades más importantes en Colombia, En : colombiamedica.univalle.edu.co/.../morbimortalidadmaterna.html

Mortalidad materna y perinatal. Protocolo de Vigilancia Epidemiológica para la Mortalidad Materna y Perinatal. 1. ENTRADA. 1.1 Definición del evento a En. www.dssa.gov.co/download/Protocolos/P008.pdf -

mortalidad perinatal y mortalidad materna. En: www.gratisweb.com/proyectoamgg/marcoteo.htm

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología - The Instituto. En www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034...sci... de H Gaitán - 2005 –

Tasa de *Mortalidad Materna* y *Tasa de Mortalidad* Infantil. En: www.slideshare.net/.../ud-i-1-mary-iesm-marco-context-grhus

ANEXOS

Anexo A. Tabla de variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACION
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento. Se tomará años cumplidos según fecha de nacimiento.	Cuantitativa-Discreta	Razón	Historia Clínica
ESTADO CIVIL	Clase o condición a la cual está sujeta la vida de una persona. (soltera, casada, unión libre, divorciada, viuda)	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
OCUPACIÓN	Designa la ocupación habitual de una persona, que sirve de medio de vida y determina el ingreso en un grupo profesional determinado	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
ESCOLARIDAD	Nivel de educación formal. (analfabeta, primaria,	Cualitativa	Ordinal	Historia Clínica

	secundaria , estudios universitarios, tecnologías)			
CONTROL PRENATAL	Conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del Recién Nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. (Nº de controles realizados durante el embarazo)	Cuantitativa-Discreta	Razón	Historia Clínica
ANTECEDENTES PERSONALES	Circunstancias personales en la historia patológica de enfermo anterior al estado actual.	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica

ANTECEDENTES FAMILIARES	Circunstancias familiares en la historia patológica del enfermo anterior al estado actual.	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
CAUSA DE MORBILIDAD	Alteración del estado de salud de una persona. (Nombres de las enfermedades según diagnóstico de la historia clínica materna y del Recién Nacido).	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
CAUSA DE MORTALIDAD	Se refiere a la muerte o cesación de las funciones vitales. (Nombre de la causa de muerte según certificados de defunción)	Cualitativa	Nominal	Certificados de defunción

Fuente: esta investigación

Anexo C. Artículo

CARACTERIZACION DE LAS CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD MATERNOPERINATAL, A TRAVES DEL SIP DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1 DE ENERO DEL 2008 AL 30 DE JUNIO DEL 2009. EN EL HOSPITAL CIVIL DE IPIALES, NARIÑO.

MAYRA ALEJANDRA BOLAÑOS VALENCIA
LORENA LUCIA CAVIEDES BELALCAZAR
Médicos internos
Hospital civil de Ipiales

Teléfono: 7732557
Ipiales, Nariño, Colombia
Correo electrónico:

RESUMEN

La falta de información sobre las principales causas de la morbilidad materna perinatal, constituye una barrera para la implementación de acciones de mejora realmente importantes para disminuir las tasas de morbilidad materna-perinatal en el Departamento de Nariño. El SISTEMA INFORMATICO PERINATAL (SIP), desarrollado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP). Constituye uno de los bancos de datos perinatológicos de mayor envergadura en el mundo, que permite identificar problemas, analizar datos y proponer soluciones para mejorar la atención materno perinatal de una Región. El objetivo de este artículo es el de dar a conocer un informe preliminar sobre su implantación y utilización en el Hospital Civil de Ipiales a partir del mes de Octubre del año 2004. La información que ha proporcionado el programa nos ha permitido obtener un diagnóstico inicial de la situación Perinatal de la Región, la que servirá de referencia para la implantación de políticas encaminadas a disminuir nuestras tasas de morbilidad materna y perinatal.

PALABRAS CLAVES

Morbilidad materna perinatal, Sistema informático, Estadística, epidemiología

ABSTRACT

The lack of information on the main causes of the perinatal maternal morbidity and mortality, constitutes a barrier for the implementation of actions of improvement really important to diminish the rates of maternal-perinatal morbimortality in the Department of Nariño. SYSTEM INFORMATICO PERINATAL (SIP), developed by the Latin American Center of Perinatología (CLAP). This is one of the perinatologicos data banks of greater spread in the world, that allows to identify problems, to analyze data and to propose solutions to improve the perinatal maternal attention of a Region. The objective of this I articulate is the one to present a preliminary report on its implantation and use in the Civil Hospital Ipiales as of the month October year 2004. The information that has provided the program has allowed us to obtain I diagnose initial of the Perinatal situation of the Region, the one that will serve as reference for the implantation of directed policies to diminish our rates of maternal and perinatal morbidity and mortality.

INTRRODUCCION

La mortalidad materna y perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en las mujeres en edad fértil y en la población infantil. Estas muertes son consideradas indicadores universales de la calidad en la atención en los servicios de salud y de las condiciones de vida, dado que en un alto porcentaje son evitables. Cada año, alrededor de 23.000 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo y el parto en América Latina y el Caribe. En doce países de la Región, la razón de mortalidad materna se mantiene por sobre las 100 muertes x 100.000 nacidos vivos entre estos se encuentra Colombia.

La mortalidad materna en Colombia es de 73 por 100.000 nacidos vivos en el 2007 y mortalidad infantil es de

24 por 1000 nacidos vivos ¹. Las cifras generales presentan diferencias importantes por departamentos, urbano-rurales, estratos socioeconómicos y régimen de afiliación. En Nariño la razón de mortalidad materna estimada para el año 2003 fue de 52.4 por 100.000 nacidos vivos, (se reportaron a través del SIVIGILA 19 Muertes maternas), en el año 2002 fue de 62.1 por 100.000 NV, periodo en el que se reportaron 25 muertes. Hasta el primer semestre del año 2004 se han presentado 29 muertes maternas.

Teniendo en cuenta los caso hasta el 2003 y el primer trimestre del 2004 en contramos que los municipios de mayor mortalidad son Pasto, CON EL 18.8 % (9CASOS), Barbacoas con el 14.6% (7casos), Tumaco y Magui Payan con el 8.3 % (4 casos cada uno), Mosquera y el Charco con el 6.3% (3 casos), Cumbal, los andes,

¹ www.clap.ops-oms.org-2005

Tuquerres, con el 4.2% (2 casos cada uno), Cartago Colon, Iles, la tola, la unión, Leyva, Linares, Policarpa, san bernando, con el 2.1% (1 caso cada uno). Entre las causas directas los trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio corresponden al 52.6 % de las muertas, las complicaciones del trabajo de parto y parto corresponden al 18.4% (hemorragias post parto), las complicaciones puerperales corresponden al 10.5%, afecciones de infecciones puerperales; trastornos relacionados con el embarazo el 7.9%; alteraciones maternas relacionadas con parto el 7.9% y una muerte sin determinar la causa. En general los trastornos hemorrágicos durante el embarazo, parto y puerperio agrupan el 29% de las muertes. Entre las muertes por causas indirectas encontramos que el 30% (3 caos) corresponden a malaria y el resto corresponden a casos únicos como ruptura de aneurisma ahortico, leucemia mielogénica complicada, tromboembolismo pulmonar, ACV, neumonía multilobac y en caso de bronco aspiración secundaria a infestación masiva por ascaris

En el municipio de Ipiales la mortalidad materno perinatal por 100000 nacidos vivos es de 124.15 ocupando el 12° lugar en el departamento de Nariño. La forma de proponer soluciones alternativas al mejoramiento de la calidad en la atención materno neonatal, y por ende ayudar a disminuir sus tasas de morbimortalidad, es observando, identificando y analizando los

problemas a través de un sistema de vigilancia epidemiológica confiable.

El Sistema Informático Perinatal (SIP), desarrollado por el Centro Latinoamericano De Perinatalogia (CLAP), Montevideo , Uruguay, a inicio de la década de 1980 y actualmente en uso en la mayoría de países de América Latina y el Caribe y traducido a idiomas como el ingles, portugués y francés, constituye una de las bases de datos perinatologicos de mayor envergadura en el mundo, y su utilización ha permitido identificar problemas, analizar datos y proponer soluciones en base al conocimiento de cuales son las acciones que verdaderamente tienen impacto la calidad de la atención perinatal.

El SIP es un conjunto de tecnologías de registro y evaluación clínica en el ámbito de la atención perinatal y comprende los siguientes instrumentos: La Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), Carné de control prenatal, Historia Clínica del Neonato hospitalizado, Partograma, programas estadísticos para computador y graficas de ganancia de peso y altura uterina.

Este proyecto está encaminado a realizar la caracterización de las causas de morbimortalidad maternoperinatal a través del SIP, durante el periodo comprendido entre 1 de enero del 2008 al 30 de junio del 2009 en el Hospital Civil de Ipiales, Nariño.

También, pretende identificar la distribución de la población según variables sociodemográficas de las maternas, determinar las principales patologías de estas pacientes y a la vez, analizar las diferentes variables que inciden en la morbimortalidad materno perinatal, con el fin de enumerar los principales factores de riesgo de esta población. los procesos encaminados al fortalecimiento en la calidad de la atención MATERNO PERINATAL en el Departamento de Nariño, se han diseñado y propuesto muchas estrategias, sin embargo las tasas de morbimortalidad materna y perinatal continúan siendo muy altas en comparación con otros departamentos del país. Aun más no tenemos una información confiable sobre cuales son realmente las patologías y los factores de riesgo más prevalentes en nuestra región.

El SIP es un conjunto de tecnologías de registro y evaluación clínica en el ámbito de la atención perinatal y comprende los siguientes instrumentos: La Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), Carné de control prenatal, Historia Clínica del Neonato hospitalizado, Partograma, programas estadísticos para computador y graficas de ganancia de peso y altura uterina.

El banco de datos que proporciona el SIP, de una región o departamento, permite mejorar la calidad de la atención perinatal, ya que nos posibilita:

1. Normatizar y unificar la recolección de datos
2. Facilitar la comunicación entre diferentes niveles de atención
3. Servir de base para planificar la atención
4. Verificar y seguir la practica de normas basadas en la evidencia
5. Obtener localmente estadísticas confiables
6. Favorecer el cumplimiento de normas
7. Facilitar la capacitación del personal de salud
8. conocer las características de la población asistida
9. Facilitar la auditoria
10. Realizar investigaciones epidemiológicas
11. Identificar problemas prioritarios
12. Evaluar los resultados de la atención brindada (3)

Como podemos observar el SIP es un instrumento que nos brinda la oportunidad de realizar acciones que verdaderamente mejoren la atención perinatal. A pesar de que la HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE, es un instrumento que se viene utilizando en los diferentes niveles de atención del Departamento desde hace muchos años, la información que nos ofrece ha sido subutilizada, toda vez que no existe un solo reporte a nivel de publicaciones oficiales o privadas de la región, que muestre alguno de los beneficios planteados anteriormente. Recordemos que la recolección de datos no es un fin en si mismo sino el comienzo. La información carece de valor si no se emplea para la acción, analizándola y empleándola en el diagnóstico, organización, planificación y control de los servicios de atención materno perinatales, así como también en la investigación (4)

MATERIALES Y METODOS

Tipo de Estudio: El estudio es de tipo descriptivo, y el diseño es de corte transversal ya que en este proyecto se describieron y documentaron las variables sociodemográficas, la determinación de las principales patologías, las variables que inciden en la morbilidad e identifican los factores de riesgo de la población materna.

Es además, un estudio retrospectivo, porque se tomó información registrada en Historias Clínicas del

año 2008 y primer período de 2009, en donde ya se tiene el efecto de los posibles factores de riesgo sobre morbilidad de las maternas.

Selección de la población. La población de estudio estuvo conformada por las madres gestantes que ingresaron por el servicio de urgencias o por consulta externa que fueron atendidas de manera hospitalaria del Hospital Civil de Ipiales. Universo: 2904 pacientes

Fuentes de recolección de información

Fuentes Secundarias: Se recolectó información de historia clínica perinatal, base del sistema informático perinatal, revistas, artículos, folletos, libros de ginecoobstetricia, libros de investigación, libros de morbilidad.

Técnicas de recolección de información: Para el ingreso de la información se dispuso de un computador con sistema operativo Windows XP, en el cual se encuentran los programas informáticos de la versión 1.33 del SIP, los manuales para su diligenciamiento en formato del programa Word, los formularios en formato JPG, recuperables con cualquier editor de gráfico y la guía para enviar la base de datos por Internet. Todo este material fue obtenido de la página Web del

CLAP²: Las historias son ingresadas al sistema el día del egreso de las pacientes y ésta función es realizada por el especialista encargado de la coordinación del programa.

El SIP lo complementa la historia de hospitalización neonatal. El SIP permite luego del ingreso de los datos, realizar informes acerca de: Control del llenado, descripción de la población estudiada en relación a factores de riesgo prevalentes, indicadores básicos y FIG0 (Federación Internacional de Ginecología y obstetricia) de la atención perinatal, indicadores de mortalidad Perinatal y Materna, y la descripción de más de 85 variables. Además es posible realizar análisis más complejos dependiendo de las necesidades de administración o de investigación, para lo cual las bases de datos creadas con el programa Access del paquete Office pueden ser convertidas a bases planas empleadas por el programa Epi info. 2000 con el cual es compatible el SIP y se realiza simplemente activando una entrada del Menú Administración

RESULTADOS

2836 pacientes; 2874 embarazos;
2892 nacimientos

Tabla 1. Control de llenado: analizar es la opción de Control De Llenado del programa y sirve para evaluar el completo diligenciamiento de la

historia clínica, por cuanto el éxito y confiabilidad del mismo depende del correcto y completo llenado de cada una de las casillas de las historias clínicas. La norma determina que es tolerable hasta un 15% de déficit de llenado en el caso de implementación del sistema en forma reciente

Indicador	Cantidad	Tasa
Falta de datos (toda la HCP)	46771	5.7
Falta de datos patronímicos (grupo I de HCP)	12	0.0
Falta de datos Paciente (grupo II de HCP)	3131	2.6
Falta de datos Embarazo (grupo III de HCP)	14330	7.0
Falta de datos Parto (grupo IV de HCP)	27	0.0
Falta de datos Pat.maternas (grupo V de HCP)	12956	7.8
Falta de datos Recién Nacido (grupo VI de HCP)	16315	9.5
Falta datos muerte Fetal o su momento	445	15.0
Falta datos egreso del RN	436	14.7
Falta datos egreso materno	0	0.0
Falta datos peso al nacer	4	0.2
Falta datos EG	1	0.0

Tabla 2. años de escolaridad: En esta tabla se describe un gran número de pacientes han aprobado el año 10 al 12 de escolaridad, pero la mayoría de pacientes no tienen el dato sobre su escolaridad, en donde se muestra la falla en la recolección de los datos en el interrogatorio a las pacientes.

² www.clap.ops-oms.org

AÑOS ESCOLARIDAD TOTAL	CASOS	%
0 - 0	40	1.4
1 - 1	10	.4
2 - 2	44	1.6
3 - 3	82	2.9
4 - 6	521	18.4
7 - 9	166	5.9
10 - 12	658	23.2
13 - 16	40	1.4
sin dato	1,233	43.5
TOTALES	2,836	100 %

Tabla 3. Edad de la embarazada. Además Merece especial atención el porcentaje de madres adolescentes (10 a 19 años), el cual es DE 24.1%, y aunque no tenemos la referencia histórica, es indudable que son cifras elevadas, se destaca el porcentaje de las pacientes entre edades en tre 20-24 años que es de 31.6%.

EDAD LA GESTANTE	CASOS	%
10 - 14	29	1.0
15 - 19	694	24.1
20 - 24	907	31.6
25 - 29	623	21.7
30 - 34	358	12.5
35 - 39	180	6.3
40 - 44	76	2.6
45 - 49	7	.2
sin dato	0	.0
TOTALES	2,874	100 %

Tabla 4. Estado civil. El estado civil que predomina es madres solteras que se relaciona directamente con aumento de morbilidad materna, en segundo lugar se encuentra la unión libre que puede influir en la morbilidad materna.

ESTADO CIVIL	CASOS	%
casada	684	23.8
unión libre	1,028	35.8
soltera	1,114	38.8
otro	11	.4
sin dato	37	1.3
TOTALES	2,874	100 %

Tabla 5: Ocupación. En esta tabla se describe la ocupación a la cual se dedican las madres gestantes en donde se observa que la mayoría de la población esta dedicada al hogar y ama de casa.

OCUPACIÓN	CASOS	%
Sector Comercio	1	.0
Sector Salud	8	.3
Actividades Inmobiliarias	0	.0
Servicios Financieros	1	.0
Comunales, Sociales y Personales	1	.0
Sub-empleada	0	.0
Otras Ramas Desempleada	8	.3
Aspirante		
Hogar - Ama de Casa	2,487	87.7
No Informa	12	.4
Otras Ramas	191	6.7
Empleada	0	.0
Servicio Domestico		
Labores de Oficina	2	.1
Sector Educación	122	4.3
sin dato	3	.1
TOTALES	2,836	100 %

Tabla 6. Indicadores del control prenatal. En esta tabla se describe como un gran porcentaje de ellas fue entre 1 y 4 controles el cual se encuentra por debajo de los 5, que son considerados como adecuados. Sin embargo esta información debe ser analizada con cuidado por cuanto mucha de ella fue recolectada sin contar con el carnet prenatal y existe mucha falta de datos

CONTROL PRENATAL. Al analizar el comportamiento del control prenatal encontramos que la mayoría de nuestras pacientes (72.7%) tuvieron control prenatal

Indicador	Cantidad	Tasa
Sin consulta prenatal	91	13.8
Consultas prenatales 1-4	209	36.9
Con consulta prenatal	566	85.6
1er. Consulta semana 20 o después	49	8.7
1er. consulta en 1er. trimestre (1-12s)	43	7.6
1er. consulta en 2do. trimestre (13-24s)	65	11.5
1er. consulta en 3er. trimestre (25-43s)	24	4.2
No trae carnet perinatal	493	74.6

Tabla 7. Morbimortalidad materna. Las patologías prevalentes en la Institución, así como sus porcentajes son las reseñadas en la literatura nacional y mundial; siendo los estados hipertensivos del embarazo los que ocupan el primer lugar.

Indicador	Cantidad	%
Amenaza Parto Pret.	85	2.9
HTA inducida emb.	144	6.6
HTA crónica	1	0
Eclampsia	5	0.2
Preeclampsia	56	2.2
EInfección urinaria	40	1.6
Mortalidad materna hospitalar (por cien mil)	1	0

Tabla 8. Mortalidad materna y neonatal. Se observa que el mayor número de muertes ocurre en el periodo perinatal, y se describe la mortalidad materna que es de 1 caso.

MUERTES	CASOS	TASA
M. fetales >= 22 semanas CIE10 (por mil)	38	15.2
M. neonatales precoz CIE10 (por mil)	18	7.3
M. perinatales CIE10 (por mil)	56	22.4
M. maternas hospitalares (por cien mil)	1	40.5

Tabla 9. Tienen y llevan carné. La anterior información nos hace plantear el interrogante de que tan eficiente es el control prenatal que se realiza en el nivel I de atención y si el carnet prenatal siendo un instrumento muy importante de intercomunicación e información entre los diferentes niveles de atención esta siendo correctamente utilizado

CARNÉ	CASOS	%
No	799	27.2
Si	2,139	72.7
sin dato	4	.1
TOTALES	2,942	100 %

DISCUSIÓN

El análisis de la morbilidad y mortalidad materna es una de las actividades más importantes para evaluar el estado de salud de una población.

La mortalidad materna (MM) es un problema importante de salud pública en Colombia, pero evitable mediante diferentes estrategias. A pesar de que en la actualidad se sabe que gran parte de las intervenciones obstétricas reciben una atención calificada, la toxemia, sepsis e infecciones puerperales y hemorragias son aún las causas principales de muerte en las madres.

Es importante reconocer que existe un gran desacuerdo con los niveles de morbimortalidad en nuestro municipio, ya que no hay una cifra clara de la morbimortalidad materna en Ipiales.

Los resultados de este estudio muestran que la mortalidad materna en el hospital civil de Ipiales en el periodo comprendido entre 1 de enero del 2008 al 30 de junio del 2009 fue de un caso.

Los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna son de diversas categorías que se relacionan entre sí: la alta fecundidad, la baja prevalencia de uso anticonceptivo y las edades extremas. De otra parte, en el

contexto del país también vale la pena analizar el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud o no contar con afiliación al sistema, y su relación con la mortalidad materna así como condiciones específicas de vulnerabilidad como la situación de desplazamiento.

El control prenatal es considerado como factor protector durante el embarazo, ya que permite identificar factores que pueden alterar el estado normal del embarazo, y en el estudio se pudo observar que el 72.7% de las gestantes cumplieron con el control prenatal.

CONCLUSIONES

- Se requiere de compromiso por parte de las instituciones de salud para realizar un completo diligenciamiento de la historia clínica perinatal y de su análisis para de esta manera poder identificar debilidades y fortalezas en la atención maternoperinatal y además conocer la situación epidemiológica de las instituciones prestadoras de salud a nivel nacional

- En este estudio podemos concluir que existe un porcentaje significativo de embarazos en adolescentes lo cual refleja falta de campañas de promoción y prevención en cuanto a la planificación familiar

- En nuestra sociedad actual ha existe un gran índice de madres solteras

- En cuanto a la ocupación la mayoría de nuestras madres se dedican a los oficios del hogar

- Un gran porcentaje de las madres incluidas en este estudio asistió entre 1 y 4 controles prenatales los cuales se encuentran por debajo de los 5 que son considerados como adecuados.

- Una de las principales causas de morbimortalidad materna fueron los estados hipertensivos del embarazo contemplados en la literatura como una de las principales causas de morbimortalidad maternoperinatal a nivel mundial.

- La mayoría de las pacientes incluidas en el estudio asistieron a control prenatal, mas sin embargo muchas de ellas n tienen el carne de control prenatal lleno completamente lo que hace dudar de la eficiencia del control prenatal y de la confiabilidad de los datos

AGRADECIMIENTOS

Doctor Oscar Burgos Arcos medico gineco obstetra Hospital Civil de Ipiales: por su gestión permanente en la asesoría del proyecto.

BIBLIOGRAFIA

CLAP (OPS/OMS) Sistema Informático Perinatal. Salud Perinatal

- Boletín del CLAP 1998; 7: 36-37.

CLAP. 1983. "Incidencia del Bajo Peso al Nacer y Mortalidad Perinatal en América Latina." Salud Perinatal 1.

Díaz, A.G., Schwarcz R. Díaz Rossello J.L, Simini F. et al. «Sistema Informático Perinatal» Quinta edición, Publicación Científica CLAP 1364, quinta edición, Montevideo, 1997.

Diaz-Rossello JL. Health services research, outcomes, and perinatal information systems. Curr Opin Pediatr 1998; 10: 117-122

Schwarcz R, Diaz AG, Fescina RH, Diaz Rossello JL, Marteil M, Tenzer SM [Simplified Perinatal Clinical Record]. Bol Oficina Sanit Panam 1983; 95: 163-172.

Simini F, Fernández A, Sosa C, Diaz Rossello JL. Sistema Informático Perinatal. Latencia de Incorporación e impacto en el registro clínico perinatal. FSS00108. 2000.

Sosa C, Fernández A and Simini F. Incorporación del hábito de documentación informática en maternidades usuarias del Sistema Informático Perinatal. Resúmenes de Marbella. 1999;26:90.

Simini F. Perinatal information system (SIP): a clinical database in Latin America and the Caribbean Lancet 1999; 354: 75.

Zorn. EB. Ilie Clarion. Publicado por "Cesarean Prevention Movement", Syracuse. New York. 1999.