

“Menos riesgos que correr”

Controles de embarazo en APS y su Clasificación



Tipo de trabajo: Trabajo de investigación con enfoque cuantitativo

Categoría temática: Epidemiología

Autora: Monsalvo, Solange Y., Residente de 4to año de Medicina General, Cuartel V, Moreno.

Participantes: Babington, Viviana. Trabajadora Social, Cuartel V, Moreno.

Cortes, Bárbara. Directora de Maternidad e Infancia, Municipio de Moreno.

Lezcano Fajardo, Carla, residente de 2º año de Medicina General, Cuartel V, Moreno.

Unidad Sanitaria Florencio Molina Campos
Dirección: Juana de Ibarbourou 9579, Localidad de Cuartel V, Moreno, Bs As. CP: 1744
Telefono: 02320-451762 E-mail: yanina.monsalvo@gmail.com
Fecha de realización: Enero 2019- Septiembre 2019
Trabajo inédito

“MENOS RIESGOS QUE CORRER”- CONTROLES DE EMBARAZO EN APS Y SU CLASIFICACION.
MONSALVO, Solange Y.
Unidad Sanitaria Florencio Molina Campos Dirección: Juana de Ibarbourou 9579, Localidad de Cuartel V, Moreno, Bs As. CP: 1744 Telefono:02320-451762 yanina.monsalvo@gmail.com
Trabajo de Investigación con enfoque Cuantitativo
Epidemiología
<p>La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada.</p> <p>Describir la clasificación de riesgo realizada en la Unidad Sanitaria Molina Campos a embarazadas con fecha probable de parto durante el 2018 y determinar la prevalencia de eventos desfavorables durante el embarazo, parto , puerperio y/o periodo neonatal precoz.</p> <p>Trabajo descriptivo, observacional y retrospectivo. Se realizo una revisión de historias clínicas perinatales, valorándose datos filiatorios, datos de las consultas, factores de riesgo, clasificación de riesgo. Se confecciono una base datos Access donde se volcaron los datos para el análisis. También realizamos una encuesta para ampliar la descripción.</p> <p>Resultados: De 427 pacientes, 363 (85,01%) fueron clasificadas de Bajo Riesgo, las 64 restantes fueron clasificadas de Alto Riesgo y derivadas a un segundo nivel. De 203 pacientes contactadas 72 tuvieron eventos desfavorables, de las cuales 47 fueron clasificadas de bajo riesgo y tenían criterios de alto riesgo.</p> <p>Discusión y Conclusiones: Nuestra unidad sanitaria realiza una inadecuada clasificación de las embarazadas. Los eventos desfavorables tienen similar prevalencia a la bibliografía, salvo los eventos hipertensivos que superamos ampliamente. Existen factores de riesgo que subestimamos por no entender a la embarazada en todo su contexto.¹</p>
Palabras clave: Clasificación de riesgo, Control de embarazo, Eventos adversos en el embarazo.
Soporte técnico: Cañón y pantalla.

¹ Nota: Total de palabras: 214

Agradecimientos

Este trabajo fue posible gracias a personas que colaboraron desde el primer momento compartiendo sus saberes y experiencias, cuestionando algunas ideas, aportando claridad y brindando lo más valioso de sus días, el tiempo. Agradezco especialmente a Bárbara Cortes, directora de Maternidad e Infancia, ex jefa de residentes de Molina Campos y ex directora de la Unidad Sanitaria Molina Campos, por el apoyo y la paciencia.

Introducción

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada.

Las principales causas de Mortalidad Materna y Perinatal son prevenibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

El objetivo de la evaluación de riesgo obstétrico es poder poner en marcha acciones preventivas en función de esos factores de riesgo identificados para evitar complicaciones materno-fetales y/o neonatales.

El enfoque de riesgo encierra el supuesto de que según se avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo que permitan acciones preventivas eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia.

Por lo cual, resulta de especial interés conocer los factores que intervienen en las clasificaciones de riesgo en las que se basa la atención perinatal y a partir de ahí adoptar las medidas que permitan prevenir el desarrollo de eventos obstétricos desfavorables, permitiendo a su vez, que la embarazada, el parto, el puerperio y el recién nacido, sean atendidos en el nivel de complejidad que su grado de riesgo lo requiera.

Planteamiento del Problema

Se estima que por día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303.000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas

estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

Entre 1990 y 2015 la Razón de Mortalidad Materna (RMM) mundial solo se redujo en un 2,3 % al año. Sin embargo, a partir del 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5%.²

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria.

La salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas. Alrededor de 2,7 millones de recién nacidos murieron en 2015, y otros 2,6 millones nacieron muertos. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios capacitados, dado que la atención y el tratamiento a tiempo pueden suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte.^{3y4}

En América Latina y el Caribe, la mortalidad materna se redujo un 40% entre 1990 a 2013, poco menos que el promedio mundial (45%) y por debajo de la meta del 75% fijada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015. Sin embargo, la RMM en la región fue de 85 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, lo que se considera “BAJA” entre las regiones en desarrollo.²

En el año 2016 fallecieron en la Argentina 245 mujeres estando embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, por causas relacionadas con o agravadas por el embarazo. Con 728.035 nacidos vivos en el mismo año, representa una Razón de Mortalidad Materna de 33,65 por cada 100.000 nacidos vivos.⁵

La Mortalidad Materna constituye un importante problema para la Salud Pública, tanto en lo referente a las causas como a los distintos factores que influyen en la misma, ya sea la asistencia sanitaria de la madre, el saneamiento, la nutrición y las condiciones socio-económicas generales. La RMM refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio.

Según el boletín oficial, del municipio de Moreno, emitido en 2018, la RMM del año 2015 fue de 6,5 madres x 10.000 nacidos vivos y representa a 7 muertes maternas en 10821 nacidos vivos ese año, siendo en su mayoría evitables; la tasa de mortalidad infantil registrada en el

mismo año, fue de 11,3 casos x 1000 nacidos vivos, manteniéndose por encima de las tasas Provincial y Nacional, representando la muerte de 122 niños menores de un año y que de ellos 76 niños fallecieron antes de los 28 días de vida y 46 niños lo hicieron entre los 28 días y antes del año de edad.⁶

Datos más recientes obtenidos de la Dirección de Maternidad e Infancia del Municipio de Moreno, nos informan de un descenso que se produjo en la RMM desde el 2015 hasta el 2018, pasando de un 6,5 en 2015, a 2,2 muertes por cada 10.000 nacidos vivos en 2018. No sucedió lo mismo con la Mortalidad Infantil que durante los años 2016 y 2017 el indicador sufrió leves aumentos debido no a un aumento en el número de muertes infantiles sino a un descenso en la tasa de natalidad. Para finalizar en el 2018 con una tasa de mortalidad infantil del 9,4.

Se estima que cada año mueren en Argentina alrededor de 500 mujeres, mientras que el estado de salud de otras 15.000 queda afectado por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio.⁵

El objetivo del cuidado de la embarazada es minimizar el riesgo de Morbilidad y Mortalidad que el proceso estacional lleva implícito, tanto para la madre como para su hijo. Por lo cual, la aplicación del enfoque de riesgo, radica en la necesidad de asignar recursos en forma diferenciada, de modo que quienes más lo necesitan reciban mayor atención en forma proporcional a su riesgo, asegurando un nivel mínimo de atención para los de bajo riesgo.

Si bien, la mayor proporción de los embarazos y partos son de bajo riesgo, su clasificación como tal es producto de una cuidadosa evaluación durante la etapa pre gravídica, la gestación y el trabajo de parto.

Por lo cual, debido a lo anteriormente planteado y a que en la Unidad Sanitaria Molina Campos, de Cuartel V- Moreno, se realizan controles de embarazo basados en la clasificación de riesgo, es que surge el presente trabajo de investigación y para el cual planteamos los siguientes objetivos.

Objetivo General

Describir la clasificación de riesgo asignada a las embarazadas que se atendieron en la US Molina Campos que tuvieron fecha probable de parto (FPP) entre el 01 de enero de 2018, hasta el 31 de diciembre de 2018 y determinar la prevalencia de eventos desfavorables durante el embarazo, el parto, el puerperio y/o el periodo neonatal precoz.

Objetivos Específicos

- Caracterizar clínica, socio-demográficamente y las consultas de la población de embarazadas que realizaron controles en la US Molina Campos con fecha probable de parto entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2018.
- Determinar el número de embarazadas que fueron clasificadas como de bajo riesgo y la prevalencia de eventos desfavorables durante el embarazo, el parto, el puerperio y el periodo neonatal precoz.
- Determinar el número de embarazadas que fueron clasificadas como de alto riesgo y la prevalencia de eventos desfavorables durante el embarazo, el parto, el puerperio y el periodo neonatal precoz.
- Identificar los factores de riesgo presentes en las embarazadas que se atendieron en la unidad sanitaria y que fueron subestimados al momento de la clasificación de riesgo.
- Identificar los eventos desfavorables que se desarrollaron con mayor frecuencia en el binomio materno fetal y/o neonatal.

Identificación y Operacionalización de las Variables

- ✓ Caracterización clínica y socio-demográfica: Edad, Nacionalidad, Lugar de residencia, nivel de estudios alcanzados, antecedentes ginecoobstetricos, antecedentes personales, deseo de embarazo.
- ✓ Caracterización de los servicios de salud y las consultas: Edad gestacional al primer control, número total de controles, numero de controles por trimestre, consultas con nutrición, consultas con odontología, estado vaccinal, serologías, control de TA, clasificación de riesgo, control de puerperio.
- ✓ Prevalencia de eventos adversos en embarazadas de bajo riesgo: Mortalidad materna, mortalidad fetal, mortalidad neonatal precoz, rotura uterina, hemorragia post parto, histerectomía, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, evento hipertensivo, prematurez, bajo peso al nacer, alto peso al nacer.
- ✓ Prevalencia de eventos adversos en embarazadas de alto riesgo: Mortalidad materna, mortalidad fetal, mortalidad neonatal precoz, rotura uterina, hemorragia

post parto, histerectomía, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, evento hipertensivo, prematuridad, bajo peso al nacer, alto peso al nacer.

- ✓ Factores de riesgo subestimados en la consulta: Se tendrán en cuenta todos los que se utilizan para la clasificación de riesgo (se exponen en el Marco Teórico).
- ✓ Frecuencia de eventos adversos: Mortalidad materna, mortalidad fetal, mortalidad neonatal precoz, rotura uterina, hemorragia post parto, histerectomía, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, evento hipertensivo, prematuridad, bajo peso al nacer, alto peso al nacer.

MARCO TEORICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal.⁷

El control prenatal representa una serie de oportunidades para desarrollar importantes funciones de atención de la salud, como la promoción, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades. La aplicación de prácticas apropiadas, en tiempo y calidad adecuados, pueden salvar vidas.

El control prenatal se define como una serie de entrevistas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- ✓ **Precoz:** Implica que la primera consulta debe efectuarse tempranamente, en lo posible, en el primer trimestre de gestación. Lo cual permitiría realizar acciones de promoción, protección y recuperación de la salud. Así como identificar embarazos de alto riesgo y planificar eficazmente la atención obstétrica que debe recibir.

- ✓ **Periódico:** Que se refiere a la frecuencia con que se realizan dichos controles según la clasificación de riesgo. Incluyendo en esta característica la distribución de los mismos.

- ✓ **Completo:** Donde se busca que los contenidos mínimos de un control de embarazo, garanticen las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

✓ Amplia cobertura: Que determina la necesidad de abarcar a la mayor población de embarazadas, teniendo en cuenta que, cuanto mayor sea la población controlada, mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal.⁸ Siempre que una mujer se embaraza existe una probabilidad de que ella o su futuro hijo sufran un evento adverso. Por lo cual, las estrategias se orientan a reducir esa probabilidad a través del control prenatal de calidad, la atención del parto por personal capacitado y los cuidados durante el puerperio.

El enfoque de riesgo perinatal se fundamenta en el hecho de que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que, para algunos, dicha probabilidad es mayor que para otros.

El concepto de Embarazo de Riesgo hace referencia a aquel en el que se detectan una o más circunstancias o factores que, por su naturaleza, pueden suponer un riesgo para la gestación actual, pudiendo afectar negativamente a los resultados materno-fetales. La gestación de riesgo conlleva conductas de manejo específicas, un mayor número de visitas prenatales, así como la participación en muchas ocasiones de especialistas médicos distintos al médico general o a las obstétricas, y la atención en un nivel asistencial más especializado.⁹

Cuando no se identifican en la gestación factores de riesgo obstétrico, se cataloga como “gestación de bajo riesgo”, ya que la ausencia de factores asociados no implica que no puedan ocurrir complicaciones.

La evaluación del riesgo obstétrico debería realizarse desde la visita preconcepcional y actualizar la misma en cada visita prenatal, ya que las condiciones particulares de cada mujer y de su gestación pueden ir variando a lo largo de las semanas.

Un factor de riesgo obstétrico es cualquier característica o circunstancia médica, obstétrica o sociodemográfica que, en el curso de una gestación, puede conllevar un aumento en la morbilidad tanto materna como fetal con respecto a la población general.

Se consideran cuatro grandes grupos:

- Sociodemográficos
 - Edad < de 17 años o > de 35 años
 - Desocupación personal y/o familiar
 - Analfabetismo
 - Desnutrición
 - Obesidad

- Dependencia de alcohol, drogas ilícitas y abuso de fármacos en general
- Tabaquismo
- Violencia Doméstica

- Antecedentes Médicos
 - Cardiopatías
 - Neuropatías
 - Endocrinopatías
 - Hemopatías
 - Hipertensión arterial
 - Epilepsia
 - Enfermedades Infecciosas

- Antecedentes Reproductivos
 - Muerte perinatal en gestación anterior
 - Antecedente de recién nacido con malformaciones del tubo neural
 - Amenaza de parto prematuro en gestas anteriores
 - Recién nacido con peso al nacer < de 2500 g, igual > a 4000 g
 - Aborto habitual o provocado
 - Cirugía uterina anterior
 - Hipertensión
 - DBT gestacional en embarazos anteriores
 - Nuliparidad o multiparidad
 - Intervalo intergenésico < de 2 años

- Factores de riesgo del Embarazo Actual
 - Desviaciones en el crecimiento fetal
 - Embarazo múltiple
 - Oligoamnios/ polihidramnios
 - Ganancia de peso inadecuada
 - Amenaza de parto pretérmino o gestación prolongada
 - Preeclampsia

- Hemorragias durante la gestación
- Ruptura prematura de membranas ovulares
- Placenta previa
- Diabetes gestacional
- Hepatopatías del embarazo
- Malformaciones fetales
- Madre con factor RH negativo con o sin sensibilización
- Óbito fetal
- Enfermedades Infecciosas: TBC, Sífilis, HIV; Rubéola; Citomegalovirus, Parvovirus B19; Varicela, Herpes Genital, HPV, Hepatitis A, B y C, Chagas, Toxoplasmosis Aguda. ⁸

La importancia mayor de los factores de riesgo consiste en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de tres tipos:

- ✓ Relación causal: En la que el factor desencadena el proceso morboso.
- ✓ Relación favorecedora: En la que existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es la causa directa)
- ✓ Relación predictiva o asociativa: En la que se expresa en sentido estadístico, pero se desconoce la naturaleza de esa relación.

La mayoría de los factores de riesgo tienen una relación favorecedora, de manera que entre el factor de riesgo y el resultado final (daño), debe aparecer un resultado intermedio sin el cual no se llegaría a producir el daño. La detección precoz y/o la prevención de este resultado es el objetivo de la consulta prenatal de las pacientes con factores de riesgo. Aplicando los recursos y el nivel de complejidad con base en el riesgo.¹⁰

De esto deriva, que localmente, en el Municipio de Moreno tengamos criterios de derivación locales:

- HTA previa
- Preeclampsia (HTA posterior a la semanas 24 y/o proteinuria de 24 hs igual o mayor a 0,3 g/dl
- DBT
- Abortadoras habituales (2 o + abortos espontáneos)

- 2 o más cesáreas anteriores
- Periodo intergenesico breve (PIB) desde la fecha del último parto hasta la FPP del embarazo actual.
- Cesárea anterior menor a 2 años
- Placenta previa oclusiva total o parcial a partir de la semana 22
- Patologías previas existentes: cardiopatías, colágenopatías, autoinmunes, endocrinopatías, epilepsia, ginecopatías.
- RH negativa sensibilizadas (Htal Posadas)
- RH negativas no sensibilizadas con prueba de coombs indirecta negativa. Se envían entre la semana 28 a 34 para evaluar aplicación de gammaglobulina, luego continua controles en primer nivel.
- Embarazo gemelar.
- Colestasis intrahepatica gestacional (AC. Biliares \geq a 10)
- Pacientes con antecedentes de: preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, dos o más preterminos, DBT gestacional, feto muerto, colestasis, otras a partir de las 30 semanas.
- Serologías positivas para HIV, Hep B, C, Toxo IgM; realizaran consulta con infectologia y continúan controles en alto riesgo.
- Serologías + para VDRL seguirán criterio de transmisión vertical.
- Chagas + realizaran interconsulta con infecto logia y cardiología y continua controles según el riesgo.
- Amenaza de parto prematuro con internación durante e embarazo
- Patología del TGI
- Patología mamaria
- Anemias, Hb \leq 9 para terapéutica con <hierro EV.
- SRCIU
- Macrosomia fetal
- Polihidramnios
- Oligoamnios
- Adicciones
- Pelviana a las 36 semanas

- Adolescentes de 12 a 16 años, para control prenatal con equipo interdisciplinario

La Organización Mundial de la Salud define la defunción materna como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”.¹¹ Por lo general se hace una distinción entre “Defunciones obstétricas directas” que son el resultado de complicaciones obstétricas, del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas; y “Defunciones obstétricas indirectas” que son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.¹²

Así mismo se define Morbilidad Materna a todo evento que ocurre durante el embarazo (cualquiera sea la localización y duración del mismo), parto y puerperio, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Esta puede subdividirse a su vez en “Morbilidad Obstétrica Directa” resultante de complicaciones obstétricas ocurridas durante el embarazo, el parto o el puerperio (ampliado hasta los 364 días), como resultado de intervenciones omisiones, tratamiento incorrecto o como resultante de una cadena de eventos. La cual puede ser temporal o crónica e incluirá las siguientes: hemorragia postparto, eclampsia o sepsis, fístula vésico-vaginal o recto vaginal, desgarro uterino, enfermedad inflamatoria pelviana, dispareunia, infertilidad secundaria, síndrome de Sheehan, anemia e hipertensión causadas por el embarazo y el parto, trastornos psicológicos como tristeza puerperal, depresión y psicosis puerperal, intento de suicidio, crisis de pánico al embarazo o al nacimiento.

Por otro lado la “Morbilidad Obstétrica Indirecta” resulta de la existencia de enfermedades previas que son agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Como pueden ser la Hepatitis, TBC, anemia, malnutrición. Esta morbilidad puede ocurrir en cualquier momento y prolongarse luego del proceso reproductivo.¹²

Existe otro parámetro de morbilidad, que es la Morbilidad Extrema, la que es definida por la OMS como un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación

ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo. Ya que la misma, deja por fuera complicaciones que no necesariamente implicaron que la mujer esté al borde de la muerte, no será analizada en este trabajo.

La Mortalidad Infantil se define como la defunción de un niño dentro del primer año de vida. Y es dividida arbitrariamente en dos componentes: Neonatal y Post-neonatal.

La Mortalidad Neonatal es la mortalidad infantil que ocurre en los primeros 28 días de vida (0 a 27º día cumplido). Y tiene a su vez dos componentes:

- ✓ Mortalidad Neonatal Precoz: Que son las muertes infantiles que ocurren en los primeros 7 días (0 a 6º día cumplido).

- ✓ Mortalidad Neonatal Tardía: Son las muertes infantiles que ocurren desde el 7º al 27º día cumplido de vida. ¹¹

En consecuencia, a los conceptos mencionados es que surge la necesidad de definir Riesgo, tomando el mismo como probabilidad de que se produzca un resultado adverso, o como factor que aumenta esa probabilidad.

En lo que refiere al embarazo con enfoque de riesgo, debemos aclarar que entendemos por embarazo de riesgo a aquel en el que se detectan una o más circunstancias o factores que, por su naturaleza, pueden suponer un riesgo para la gestación actual, pudiendo afectar negativamente a los resultados materno-fetales. Quedando catalogado el mismo en gestación de alto riesgo. Ahora bien, cuando no se identifiquen, en la gestación, factores de riesgo obstétrico, la catalogaremos como gestación de bajo riesgo, ya que la ausencia de factores asociados no implica que no puedan ocurrir complicaciones. No existe el riesgo cero si nos referimos al embarazo.⁹

MATERIALES Y METODOS

El presente trabajo será diseñado bajo el planteamiento del enfoque cuantitativo debido que este es el que mejor se adapta a las características y necesidades de la investigación.

Dado que el objetivo del trabajo será Describir la clasificación de riesgo asignada a las embarazadas que se atendieron en la US Molina Campos con fecha probable de parto (FPP) desde el 01 de enero de 2018, hasta el 31 de diciembre de 2018 y determinar si la misma tuvo correlación con el desarrollo de eventos desfavorables durante el embarazo, el parto, el

puerperio y/o el periodo neonatal; se recurrió a un diseño observacional descriptivo que se aplicara de manera transversal y retrospectiva.

Las fuentes de información que serán consultadas serán las Historias Clínicas Perinatales del 2018, Estadísticas Locales de la Dirección de Maternidad e Infancia del Municipio de Moreno, y una Encuesta de nuestra autoría para identificar los eventos desfavorables. Complementariamente se hará uso de los registros de pacientes que posee la secretaría de Desarrollo Social del Municipio de Moreno.

Se construyó una base de datos en Access basada en las historias clínicas perinatales que será utilizada como instrumento de análisis al igual que la encuesta realizada.

Las historias clínicas perinatales en la Unidad Sanitaria se archivan bajo el sistema de Fichero Cronológico. Por lo cual, se realizó en un primer momento la carga de historias clínicas que se encontraban archivadas en el mismo. Los datos recolectados fueron: datos filiatorios, antecedentes personales, antecedentes familiares, antecedentes gineco-obstétricos, edad gestacional al primer control, cantidad de controles por trimestre, estado vacinal previo, serologías durante el embarazo, clasificación de riesgo asignada por el profesional, terminación del embarazo, diagnóstico del recién nacido, método anticonceptivo post parto y profesional/profesionales que atendieron a la embarazada cuando realizo consultas en la sala.

Se realizó una segunda carga de historias clínicas perinatales de historias que ya habían sido archivadas luego de haber sido cargadas en el SIPA. Donde se recaban los mismos datos.

Se confeccionó una encuesta, con el fin de obtener datos de forma directa sobre posibles eventos adversos ocurridos durante el embarazo, parto, puerperio y el periodo neonatal precoz y que además nos permitan ampliar la caracterización de las pacientes. La encuesta fue pensada con el fin de obtener datos acerca de la finalización del embarazo ya que la concurrencia a cerrar historias clínicas es muy poca o los datos que se registran son insuficientes. En el formato se incluyeron datos filiatorios, embarazo buscado, método anticonceptivo, vía de terminación del embarazo, mortalidad y morbilidad (rotura uterina, hemorragia post parto, transfusiones, desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta, evento hipertensivo) materna, morbilidad y mortalidad neonatal, en que semana de gestación ocurrió, peso al nacer, prematurez, peso del prematuro. Se preestableció que la encuesta se realizaría de forma telefónica y previo consentimiento verbal para participar.

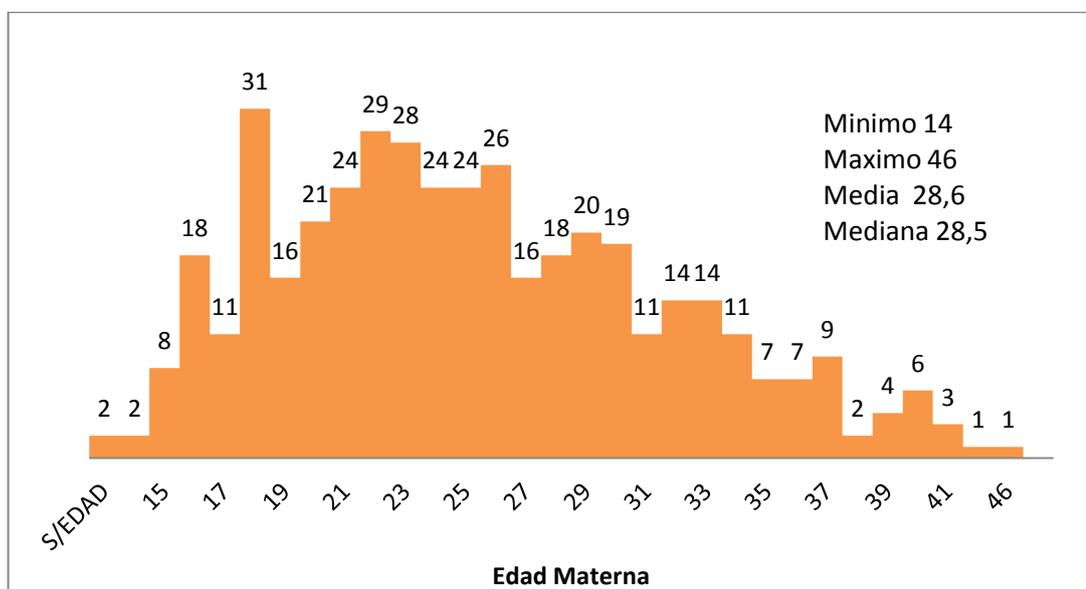
RESULTADOS

Se revisaron 614 historias clínicas perinatales, de las cuales se excluyeron 187 que tenían fechas probables de parto (FPP) fuera del periodo de estudio o no contaban con el dato (12 antes del 01/01/2018, 80 después del 31/12/18 y 95 sin registro de FPP) Quedando 427 registros para ser ingresados en la base de datos para su análisis e intentar el contacto con las mujeres para realizarles las encuestas.

En 378 historias clínicas había registro de teléfono de contacto. Se definió realizar hasta 5 intentos de contacto por este medio, en diferentes días y horarios. De esta manera se contactó a 204, 5 de ellas no quisieron participar del trabajo. Por otro lado, se realizó la encuesta personalmente a 4 personas, en visitas domiciliarias.

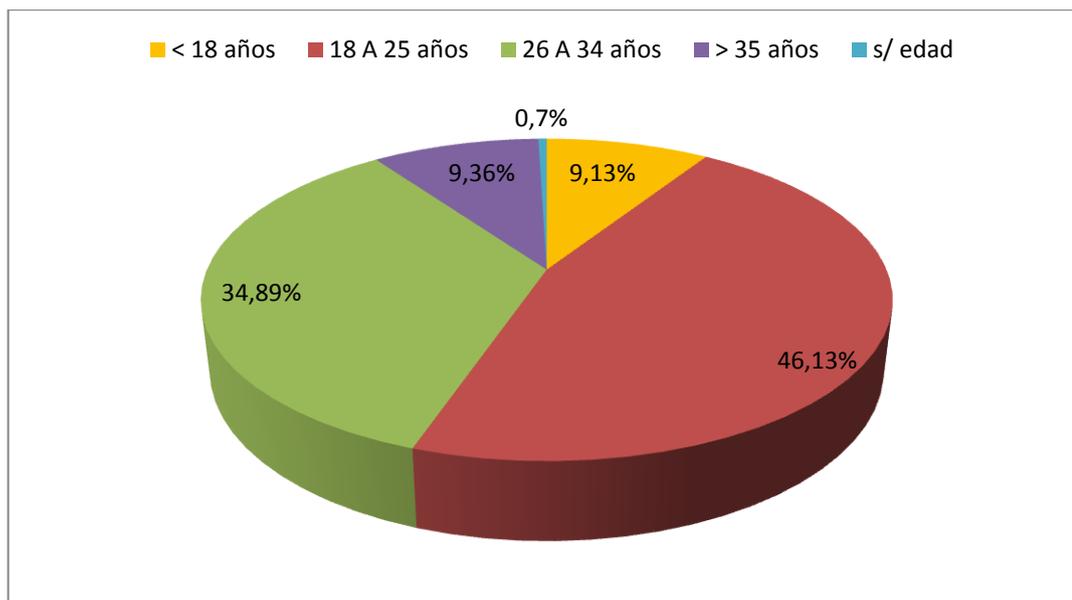
En lo que a la caracterización socio-demográfica se refiere la distribución de edades de las pacientes van desde los 14 a los 46 años. Con una media de 28,6; una mediana de 28,5; y una moda de 18 (Grafico 1). Sin embargo, cuando se realiza la agrupación por rangos de edad los mayores porcentajes se los llevan los rangos de 18 a 25 años con un 46,13% y de 25 a 34 años con un 34,89%; < 18 años y > 35 años tienen un 9,13% y 9,36 respectivamente y sin registro de edad 0,7% (que corresponde a 2 registros)(Grafico 2).

Grafico 1. Distribución de embarazadas según edad



Fuente: Elaboración propia a partir de revisión de historias clínicas perinatales con fecha probable de parto enero a diciembre 2018.

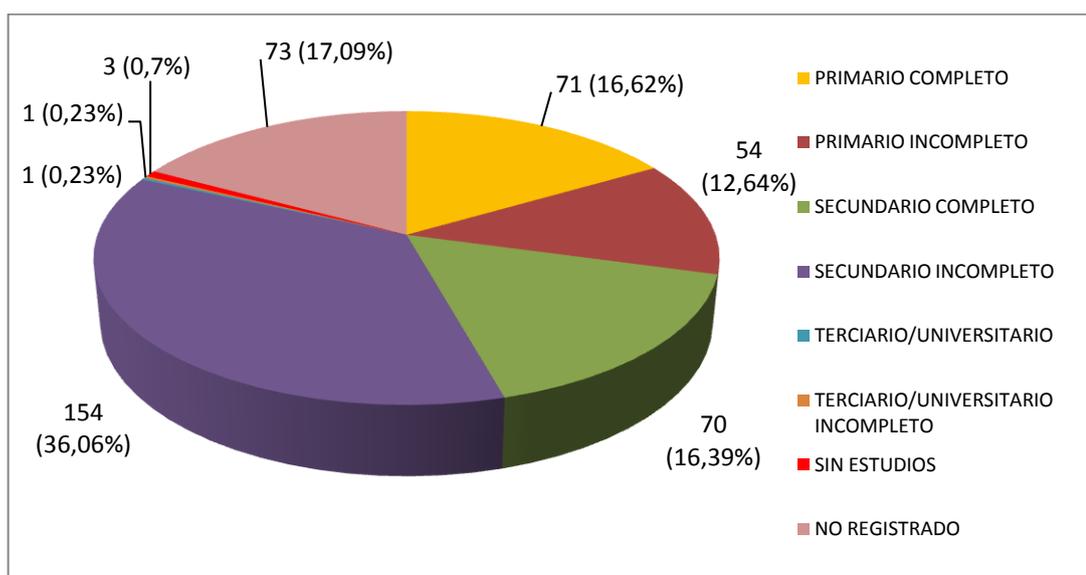
Grafico 2. Distribución de embarazadas por rangos etarios



Fuente: Elaboración propia a partir de revisión de historias clínicas perinatales con fecha probable de parto enero a diciembre 2018.

En cuanto a estudios alcanzados, 12,64% refieren tener primario incompleto, 16,62% primario completo, 36,06% secundario incompleto, 16,39% secundario completo, una sola paciente refiere tener estudios terciarios y/o universitarios, 3 refieren no tener estudios y en un total de un 17,09% este dato no se encuentra registrado en la historia clínica.

Grafico 3: distribución de embarazadas según escolaridad máxima

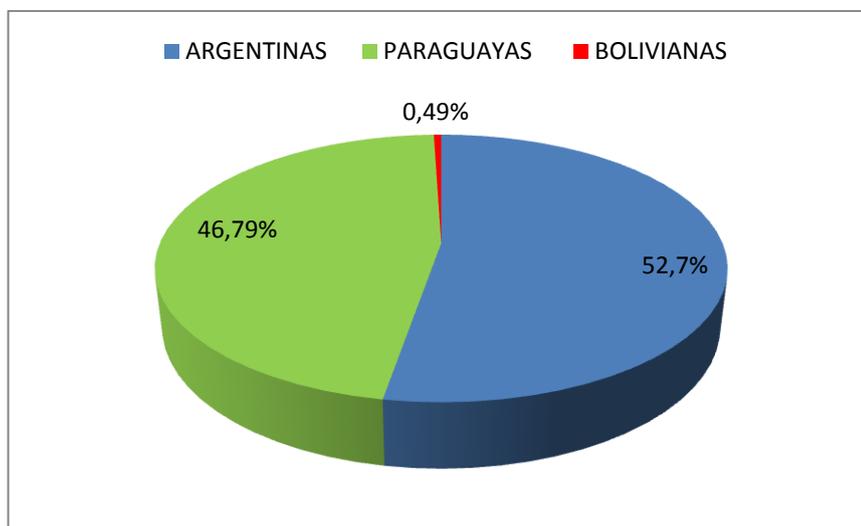


Fuente: Elaboración propia a partir de revisión de historias clínicas perinatales con fecha probable de parto enero a diciembre 2018.

Con respecto al lugar de residencia, el 77,04% de las pacientes residen en los barrios que responden al área programática de la Unidad Sanitaria, del 22,95% restante un 2% residen directamente en otra localidad.

Para realizar la caracterización en cuanto a nacionalidad se tomaron los datos obtenidos en la encuesta, 107 de las pacientes refieren nacionalidad Argentina, 95 nacionalidad Paraguaya y una de nacionalidad Boliviana.

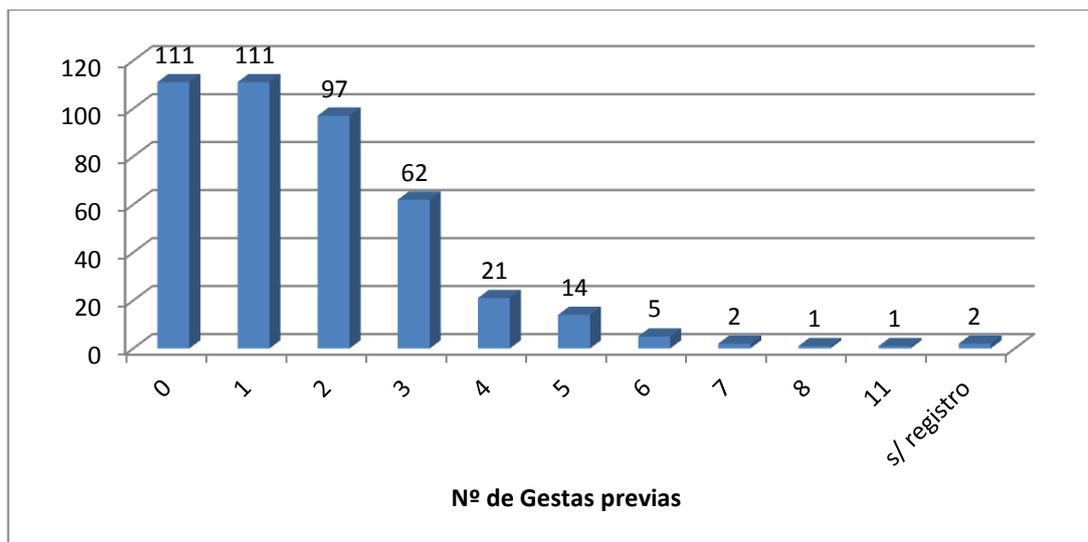
Grafico 4. Distribución de embarazadas por nacionalidad



Fuente: Realización propia a partir de encuesta realizada.

Teniendo en cuenta los antecedentes perinatales 25,99% de las mujeres eran primíparas, un 10,30% correspondían a grandes multíparas, 2 de los registros no informaban paridad previa y 63,23% de las pacientes tenían entre 1 y 4 hijos. Así mismo, a parte de las primíparas, 35 pacientes no contaban con fecha de último parto por lo cual no fue posible calcular periodo intergenesico. De 281 pacientes que contaban con fecha de último parto, 49 (17,43%) presentaban un periodo intergenesico menor a 2 años.

Grafico 5. Distribución de embarazadas por cantidad de gestas previas



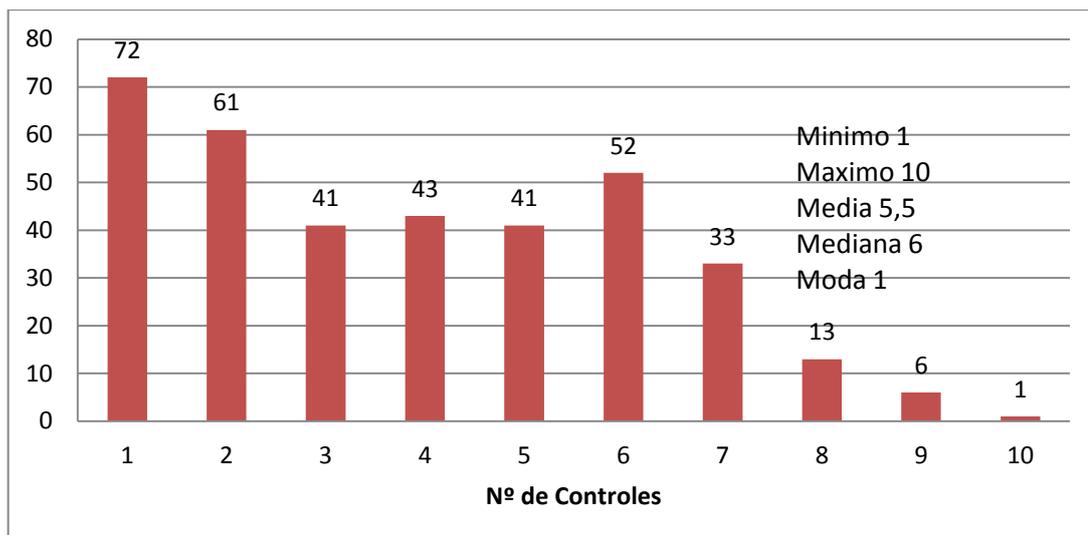
Fuente: Elaboración propia a partir de revisión de historias clínicas perinatales con fecha probable de parto enero a diciembre 2018.

Algo que también fue valorado en la encuesta se refería a si había sido un embarazo buscado. De un total de 203 respuestas, 55,66% referían que era un embarazo no buscado sin embargo, solo un 55,75% referían además estar usando un método anticonceptivo.

Con respecto al inicio de controles, un 40,74% iniciaron los controles precozmente, es decir, dentro del primer trimestre; un 50,11% comenzaron sus controles en el segundo trimestre; un 5,15% lo hicieron en el tercer trimestre y un 3,98% presentaban edad gestacional incierta al primer control.

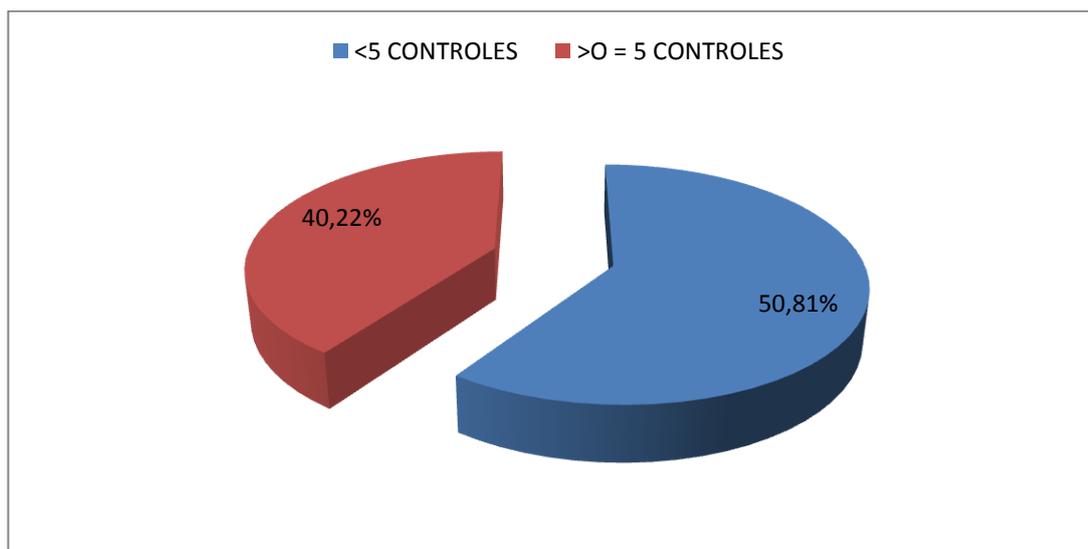
Excluyendo a las 64 pacientes que fueron derivadas a alto riesgo, en las 363 restantes se constataban entre 1 a 10 controles en total. Con una media de 5,5, una mediana de 6 y una moda de 1. Sin embargo, cuando agrupamos a las pacientes que cumplen con los 5 controles como mínimo, obtenemos que estas pacientes representan el 40,22%. Y que a su vez, de estas que tenían el mínimo de controles sugerido, 53,43% habían iniciado precozmente sus controles y un 34,24% tenían una periodicidad adecuada.

Grafico 6. Distribución de embarazadas por cantidad de controles realizados.



Fuente: Elaboración propia a partir de revisión de historias clínicas perinatales con fecha probable de parto enero a diciembre 2018.

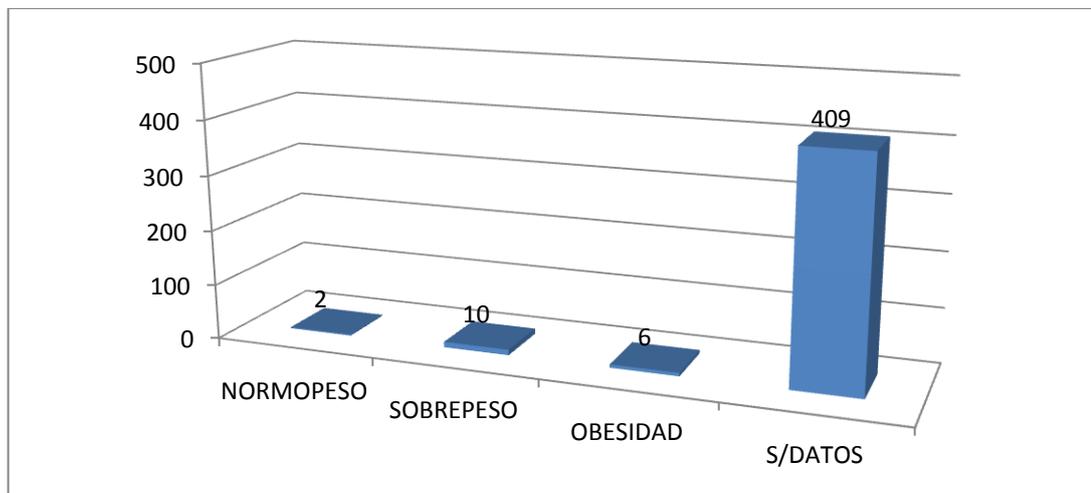
Grafico 7. Porcentajes de pacientes con cantidad de controles adecuados.



Fuente: Elaboración propia a partir de revisión de historias clínicas perinatales con fecha probable de parto enero a diciembre 2018.

En lo que se refiere al diagnóstico nutricional de la embarazada, solo 18 (4,21%) presentaban un diagnóstico nutricional en algún momento de las consultas. De las cuales, 2 fueron normopeso, 10 sobrepeso y 6 obesidad. Así mismo, una sola paciente realizó una consulta con una nutricionista de las sala y fue una de las que tenía como diagnóstico sobrepeso. Por otro lado, 5 pacientes que no tenían diagnóstico nutricional realizaron consulta con la nutricionista.

Grafico 8. Distribución de embarazadas según estado nutricional.



Fuente: Elaboración propia a partir de revisión de historias clínicas perinatales con fecha probable de parto enero a diciembre 2018.

Las pacientes que realizaron la interconsulta con odontología fueron un total de 168 (39,34%).

Un total de 19 embarazadas (4,44%) presentaron registros de TA >140/90, sin embargo solo 13 fueron derivadas a alto riesgo. De las 6 pacientes restantes, se pudo constatar que al menos 5 de ellas contaban además con otros factores de riesgo para ser clasificadas como de alto riesgo.

El estado vecinal de las pacientes no fue registrado en 375 de 427 pacientes, lo que corresponde a un 87,82%. De las 52 pacientes restantes, 28 presentaban vacunas incompletas y 24 estado vecinal completo.

Con respecto a las serologías realizadas durante el embarazo, de un 68,85% (294) de las pacientes se obtuvo un resultado de VDRL, siendo en un 3,74% (11) un resultado positivo. Sin embargo, no se tiene el dato de cuántas de ellas realizaron tratamiento adecuado.

Para toxoplasmosis se considero resultado positivo la presencia de anticuerpos IgM, y se obtuvo resultados de 297 (69,55%) pacientes, siendo positivo en 4 de ellas. De la misma forma que para las VDRL positivas, no se cuenta con el dato de cuántas de ellas continuaron con el tratamiento correspondiente.

No hubo resultados positivos para HIV y Chagas, habiendo sido testeadas 293 y 285 respectivamente para esas serologías.

Para el caso de hepatitis B, solo 77 de 427 (18,03%) embarazadas fueron testeadas, debido a que suponemos coincidió con la falta de reactivos en el laboratorio de Moreno.

En lo que a puerperio se refiere, constatamos que solo 55 (12,88%) de las púerperas realizaron el control en la sala. Y aun así, no se registran la totalidad de los datos. Solo en 30 de ellas se registra terminación del embarazo (16 partos vaginales, 6 cesáreas programadas, 3 cesáreas de urgencia y 5 cesáreas sin clasificación); en 8 de ellas se registra el evento desfavorable, siendo estos Hipertensión Inducida por el Embarazo, Diabetes Gestacional, Endometritis, prematuridad y alto peso. De las cuales, tanto la HIE y la DBT gestacional, habían sido catalogadas de alto riesgo y derivadas oportunamente.

La edad gestacional al nacimiento se registro en 46 de las 55 que volvieron a cerrar historia clínica, de los cuales se registraron 2 recién nacidos pretermino (1 de ellos prematuro extremo), ambos con peso adecuado para la edad gestacional (ambas pacientes tenían factores de riesgo y fueron catalogadas y derivadas oportunamente). De los 44 restantes nacidos de termino, 3 registraron ser alto peso para edad gestacional (para 2 de ellos su madre presentaba factores de riesgo y solo 1 fue derivada; para el tercero no había factor de riesgo alguno).

De las 55 que volvieron al control del puerperio 38 (69,09%) lo hicieron dentro de los 45 días post parto.

En el 100% (55) de las pacientes que vuelven a cerrar historia no se registro el estado vecinal.

Con respecto al método anticonceptivo 29 de las 55 referían estar ya utilizando un método anticonceptivo, 2 pacientes referían no tener método anticonceptivo alguno, 3 manifestaban el deseo de DIU (aunque no se tiene el dato de si finalmente accedieron al mismo) y en 21 de ellas no se registro el dato.

De un total de 427 pacientes, 363 fueron clasificadas por el/los profesional/es como embarazos de Bajo Riesgo (85,01%), las 64 restantes fueron clasificadas como embarazos de Alto Riesgo (14,98%) y todas derivadas a un segundo nivel.

De las 363 pacientes clasificadas como embarazos de bajo riesgo, 285 (78,51%) realizaron controles con un único profesional en la sala. De las 78 restantes, 57 realizaron controles con dos profesionales, 18 con tres profesionales y 3 con cuatro profesionales. Así mismo, de las 285 que realizaron controles con un solo profesional, 107 cumplimentaron con 5 o más controles durante el embarazo, de las cuales 56 iniciaron precozmente y solo 38 cumplieron

con cantidad, precocidad y periodicidad de los controles. Por otro lado, de las 78 pacientes que realizaron controles con dos o más profesionales de las sala, 39 cumplieron con el mínimo de 5 controles, 22 iniciaron precozmente y de estas solo 12 contaban además con la periodicidad adecuada.

Resultados de las encuestas

Tabla 1. Resultados obtenidos en encuesta realizada

VARIABLE	VALOR DE LA VARIABLE	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA (%)
OBRA SOCIAL	SI	21	0,1034
	NO	182	0,8965
NACIONALIDAD	ARGENTINA	107	0,5270
	PARAGUAYA	95	0,4679
	BOLIVIANA	1	0,0049
EMBARAZO BUSCADO	SI	90	0,4433
	NO	113	0,5566
USABA MAC	SI	63	0,3103
	NO	140	0,6896
TERMINACION DEL EMBARAZO	PARTO VAGINAL	147	0,7241
	CESAREA PROGRAMADA	30	0,1477
	CESAREA DE URGENCIA	26	0,1280
MORTALIDAD MATERNA	SI	0	0
	NO	203	1
MORTALIDAD FETAL	SI	0	0
	NO	203	1
MORTALIDAD NEONATAL	SI	0	0
	NO	203	1
ROTURA UTERINA	SI	0	0
	NO	203	1
HEMORRAGIA POST PARTO	SI S/ HISTERECTOMIA	3	0,0147
	SI C/HISTERECTOMIA	0	0
	NO	200	0,9852
TRANSFUSIONES	SI	3	0,0147
	NO	200	0,9852
DPPNI	SI	7	0,0344
	NO	196	0,9655
EVENTO HIPERTENSIVO	SI/HIE	25	0,1231
	SI/PREECLAMPSIA	9	0,0443
	SI/HELLP	1	0,0049
	SI/NO RECUERDA	10	0,0492
	NO	158	0,7783
BAJO PESO	SI/1500-2499	16	0,0788
	SI/1000-1499	0	0
	SI/<1000	0	0
	NO	187	0,9211
ALTO PESO	SI	20	0,0985
	NO	183	0,9014
PREMATUREZ	SI /32 A 36,6	8	0,0394
	SI/ < 32	2	0,0098
	SI/ NO SABE.NO RECUERDA	0	0
	NO	193	0,9507
PESO DEL PREMATURO	NO CORRESPONDE	193	0,9507
	1500-2499	7	0,0344
	1000-1499	2	0,0098
	<1000	1	0,0049

Fuente: Realización propia a partir de encuestas realizadas.

Cuando realizamos el cruce de datos entre los ya obtenidos de la historia clínica y los que obtuvimos con la encuestas, surgieron los siguientes resultados:

De las 203 pacientes que fueron contactadas, 28 habían sido catalogadas como de Alto Riesgo y derivadas oportunamente. De las cuales a su vez, 13 de ellas desarrollaron un evento adverso. De las 175 que habían sido clasificadas de Bajo Riesgo, 59 desarrollaron un evento adverso. Lo cual le da una Sensibilidad y Especificidad a dicha clasificación del 18% y el 88% respectivamente. Del mismo modo, que se obtiene un VPP de 46% y un VPN del 66%.

Tabla 2. Cuadro doble entrada, Sensibilidad, Especificidad, VPP y VPN de la clasificación de riesgo realizada por los profesionales.

		Evento adverso		
		+	-	
Clasificación realizada por el profesional	Alto riesgo	13	15	Total de AR 28
	Bajo riesgo	59	116	Total de BR 175
		Total de eventos adversos	Total s/eventos adversos	Total de individuos
		72	131	203

Fuente: Realización propia con datos obtenidos de las historias clínicas perinatales y encuesta realizada.

De esas mismas 203 pacientes, si tomamos en cuenta los criterios de embarazo de Alto Riesgo deberían haber sido clasificadas como de Alto Riesgo un total de 157 pacientes, de las cuales 60 desarrollaron posteriormente un evento adverso. De las 46 restantes, que deberían haber sido clasificadas como de Bajo Riesgo, 12 desarrollaron después un evento adverso. Lo cual nos habla de una Sensibilidad del 83% y una Especificidad del 25% para dicha clasificación. Obteniendo además un VPP del 38% y un VPN del 73%.

Tabla 3. Cuadro doble entrada, Sensibilidad, Especificidad, VPP y VPN de la clasificación de riesgo realizada en base a la clasificación de riesgo estandarizada.

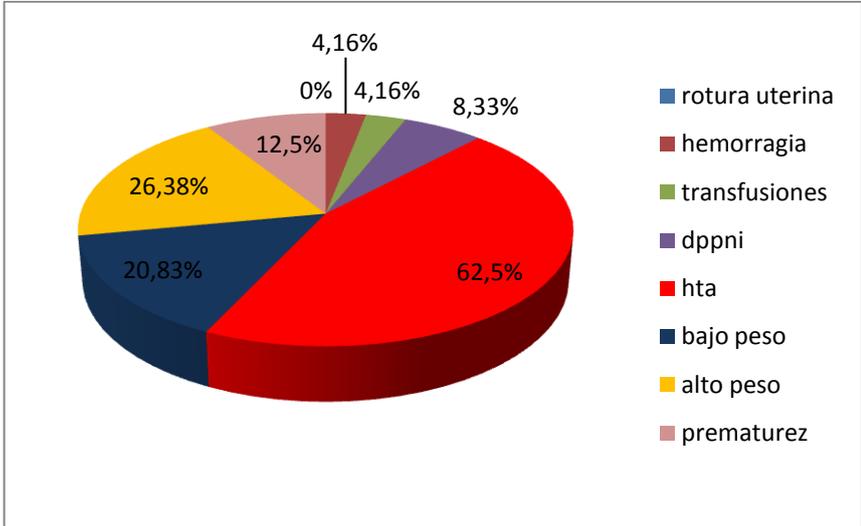
		Evento adverso		
		+	-	
clasificación realizada en base a lo estandarizado	alto riesgo	60	97	Total de AR 157
	bajo riesgo	12	34	Total de BR 46
		Total de eventos adversos	Total s/eventos adversos	Total de individuos
		72	131	203

Fuente: Realización propia con datos obtenidos de las historias clínicas perinatales y encuesta realizada.

Sabiendo que uno debería trabajar con pruebas diagnósticas que sean altamente sensibles y específicas y teniendo en cuenta que esto no siempre es posible, idealmente buscaríamos una prueba lo suficientemente sensible que nos permita captar a la mayor proporción de embarazadas que puedan desarrollar un evento adverso. Pensando siempre en un enfoque de riesgo y en asignar recursos en forma proporcional al riesgo. Es claro el aumento de la sensibilidad en la clasificación adecuadamente realizada con respecto a la clasificación que viene siendo realizada por los profesionales de la unidad sanitaria. Esto nos habla del peso real que toma la clasificación de riesgo adecuadamente realizada, sabiendo que 47 embarazadas tuvieron eventos adversos, fueron clasificadas de bajo riesgo y tenían criterios para ser clasificadas de alto riesgo. Y que en 35 de ellas esos criterios tuvieron relación con el evento desarrollado.

De los eventos desfavorables que se presentaron con mayor frecuencia se encuentran el evento hipertensivo con un 62,5%, alto peso con un 26,38%, bajo peso con un 20,83% y prematuridad con un 12,5%.

Grafico 9: Distribucion de eventos desfavorables según causa.



Fuente: elaboracion propia en base a encuestas telefonicas.

Con respecto a cuales son los factores de riesgo que se subestiman con mayor frecuencia se pudo analizar que de 131 pacientes que fueron clasificadas de bajo riesgo, 40 de ellas contaban con al menos 1 factor de riesgo para ser catalogadas como de alto riesgo, dentro de los cuales se encuentran edad materna, control tardio, sobrepeso, obesidad, bajo peso,

periodo intergenesico menor a 2 años, HTA previa. Las 91 pacientes restantes tenían 2 o más criterios para ser catalogadas de Alto Riesgo. Por otro lado, en 12 de esas 131 pacientes los criterios de riesgo no tuvieron relación con el evento desarrollado. Siendo estos eventos el alto peso al nacer y el evento hipertensivo.

DISCUSION

Cuando se piensa en la atención de una embarazada, no sabemos realmente lo que su *control de embarazo* implica. Desconocemos que, aunque *fisiológico*, el embarazo en sí mismo, es un riesgo para la salud de la mujer. Y aunque la Organización Mundial de la Salud sostiene que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado, no solo con el fin de reducir el riesgo de muertes maternas y perinatales así como las complicaciones del embarazo, sino también para brindar a las mujeres una experiencia positiva durante la gestación; dados los resultados obtenidos en el presente trabajo, resulta imperioso volver sobre nuestras prácticas para realizar una mirada crítica y determinar cuánto de esto le estamos ofreciendo a nuestra población de embarazadas.

Un lado de la discusión nos lleva a cuestionar la calidad de los registros, la historia clínica perinatal que no es completada adecuadamente y que deja áreas que corresponden a lo bio-psico-social de las pacientes sin evaluar. Y que por el mismo motivo, constituyen un recurso desaprovechado. Recurso que debería sernos de utilidad para planificar la atención, para verificar que efectivamente se realicen prácticas basadas en la evidencia, que nos permitiría la recolección de datos para tener estadísticas locales confiables, que nos permitirían caracterizar a la población asistida, evaluar la calidad de la atención, categorizar problemas, en fin.

Si uno se pregunta, ¿Cuál sería el fin de evaluarnos como servicio de salud?, y ¿qué tiene que ver esto con la “experiencia positiva” durante la gestación?. Nos trae a la cabeza algo que leímos mientras hacíamos un estado del arte sobre este tema y que decía lo siguiente: “Para que las mujeres utilicen los servicios de atención prenatal y regresen cuando vayan a dar a luz, deben recibir una atención de buena calidad durante todo su embarazo”. Y en este punto encontramos la respuesta a la baja concurrencia de las puérperas a cerrar historias clínicas y la necesidad de salir a buscar esos datos con otro instrumento.

El fichero cronológico como instrumento para el seguimiento de las embarazadas es una estrategia que funciona si están dadas las condiciones para llevarlo a cabo. Es un instrumento que requiere de un recurso con el cual no siempre se cuenta, que es el recurso humano, para ir en busca de las embarazadas que no vuelven. Y que también necesita ser evaluado constantemente como toda intervención.

Otro punto a discusión tiene que ver con los resultados obtenidos, la hipertensión como evento adverso se encuentra dentro de las 3 primeras causas de mortalidad materna. A nivel nacional los trastornos hipertensivos complican el 10% de los embarazos, siendo sus formas severas, la preeclampsia y eclampsia, las cuales representan el 4,4% de todos los nacimientos. En la Unidad Sanitaria Molina Campos la prevalencia de eventos hipertensivos durante el 2018 fue de 22,24%, más del doble de lo que se supone es la prevalencia a nivel nacional. Si bien es cierto, y lo hemos aclarado, que en más del 83% de las que desarrollaron eventos adversos sus factores de riesgo correspondieron después con los eventos desarrollados; es cierto también, que existe una proporción, descrita en la bibliografía como dos tercios, de eventos que ocurren en mujeres que salvo esta condición no presentan ningún factor de riesgo aparente.

El segundo evento adverso registrado más frecuentemente en la Unidad Sanitaria fue el alto peso al nacer, con una prevalencia de 9,36%, sin embargo, no se cuenta con datos confiables que nos permitan comparar este dato con la prevalencia a nivel nacional y provincial.

El bajo peso por otro lado, tercer evento adverso más frecuente en la Unidad Sanitaria con una prevalencia de 7,38% casi iguala a la prevalencia de bajo peso a nivel nacional que es de 7,39% (2013). La importancia de esto radica en que el bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de mortalidad infantil, en particular, la neonatal. Y que es a su vez uno de los índices que se relaciona con las condiciones socioeconómicas adversas.

Uno de los objetivos de este trabajo tenía que ver con la descripción de la clasificación de riesgo realizada y la prevalencia de eventos adversos. Como pudimos observar, la clasificación de riesgo, o mejor dicho la sensibilidad de dicha clasificación disminuye demasiado cuando no se toman en cuenta todos los factores. Si bien no se puede hacer conclusiones solo con los valores de sensibilidad y especificidad, sabiendo que estas se complementan en gran medida con los valores predictivos, si miramos los valores predictivos, nuevamente los mismos se vuelcan a favor de la clasificación de riesgo estandarizada. Porque si bien la especificidad de la prueba disminuye, el valor predictivo

negativo de la misma aumenta. Por lo tanto, aumenta la probabilidad de no desarrollar un evento adverso si fueron clasificadas de bajo riesgo.

Ahora bien, lo que sucede con las embarazadas catalogadas de alto riesgo es una discusión aparte. A estas mujeres que se enfrentan con la decisión médica de ser derivadas, se les plantea un nuevo e inesperado panorama. La derivación a alto riesgo implica ya no “la atención en la salita” sino la atención en el Hospital; el cual a su vez queda a 15 km de la Unidad Sanitaria, lo cual implica la necesidad de un transporte. Esta situación ya genera bastante conflicto si tenemos en cuenta que si bien muchas de las pacientes viven en los alrededores de la sala, también hay muchas pacientes que viven en los extremos más alejados que pueden ser 30 cuadras o más, donde hay calles de tierra, donde si las condiciones climáticas son desfavorables el único ramal de colectivo que entra deja de hacerlo. Todo esto si la mujer puede pagarlo, porque nos ha pasado de atender embarazadas que vienen a su control con bastante dinámica en ese momento debido a que caminaron 30 cuadras para llegar.

Otra de las cuestiones que también se pone en juego desde el momento de la derivación, tiene que ver con la referencia que tienen las pacientes acerca del hospital. Son muchas las pacientes que en el momento de la derivación nos plantean la posibilidad de ir a otro hospital, ya sea por experiencias propias de malos tratos, por experiencias de familiares o conocidos, por la incomodidad de tener que estar muy temprano, por las veces que van y se van sin los turnos, etc. Referencias que se instalan también en los profesionales, por haber pasado por algún servicio, o simplemente por ver que en muchas situaciones donde se les podrían facilitar las cosas todo se vuelve más burocrático.

Algo sobre lo que desconocemos es la idea o noción de control que tienen las otras culturas con las que convivimos habitualmente. Quisimos recolectar el dato de la nacionalidad porque personalmente contábamos con la premisa de que la población era mayoritariamente extranjera, en parte porque sabemos cómo fueron constituyéndose los distintos barrios. Sin embargo, si bien la población de embarazadas paraguayas no fue mayoritaria casi se compara con la población Argentina. Y decimos “se compara”, solo desde lo numérico, porque realmente desconocemos las particularidades de esa población. Sabemos por las últimas estadísticas que su país tiene un alto porcentaje de embarazos adolescentes que van desde los 10 a 19 años; que los embarazos que van desde los 10 a los 14 años frecuentemente están relacionados a abusos sexuales; que esas niñas terminan

aceptando los embarazos porque culturalmente tienen arraigada la idea de “hombre proveedor” y a la “mujer madre” como único proyecto de vida. Sabemos de las desigualdades de género, sabemos de la violencia a la cual son sometidas. Pero lo que aun no sabemos es como hacer un control de embarazo en esta población sabiendo todo lo que sabemos.

Entonces, si volvemos a pensar en la clasificación de riesgo no podemos dejar afuera estos pormenores que atraviesan a la embarazada en todo su contexto. Por lo cual, nos parece pertinente discutir también el concepto de “Riesgo”. Si por definición sabemos que nos habla de una probabilidad de desarrollar un evento adverso y dijimos también que el embarazo es un riesgo en sí mismo, ¿Cómo actúan entonces estos factores que evaluamos? ¿Cómo sabemos a ciencia cierta que la evaluación que realizamos se puede ajustar a cada una de las pacientes?

A las claras esta, que no basta con “hacer bien las cosas”, una adecuada clasificación no nos asegura que la mujer va a tener la atención que su riesgo amerita. Que para el riesgo en estos casos, aunque no sean tan visibles, pesan mucho más otros factores. Esto no quiere decir que por eso vamos a desestimar factores que se asocian a hipertensión por ejemplo, cuando vimos que fue de los eventos adversos más frecuentes; sino que “los otros factores” deberían tener igual o mayor peso. Porque esa mujer está embarazada pero en un contexto muchas veces vulnerable que desconocemos.

Conclusiones

El presente trabajo de investigación nos permitió determinar que la clasificación de riesgo realizada por los profesionales no se adecuaba a la clasificación de riesgo estandarizada. Que es grande el porcentaje de mujeres con criterios de riesgo subestimados y aun peor, que siendo mal clasificadas es grande el porcentaje que desarrollan eventos desfavorables. Perdiendo de esta forma, la oportunidad invaluable de actuar para prevenir las complicaciones maternas y perinatales, de realizar un diagnostico oportuno y una atención adecuada.

Así mismo, nos obligo a realizar una autocritica basada en los servicios de salud. Poner sobre la mesa las dificultades que presentamos como profesionales, y las responsabilidades que nos corresponden cuando encontramos historias clínicas con datos insuficientes. Y a entender que si una paciente no vuelve, también es nuestra responsabilidad.

Sin embargo, fue necesario reevaluar el concepto de “Riesgo”, cuando pensamos a la mujer embarazada inmersa en una realidad que dista mucho de lo ideal, nos interpela la necesidad de conocer su entorno, de valorarla sabiendo que quizás parezca no tener factores de riesgo y se encuentre en un entorno vulnerable, posiblemente, sin tener registro de eso.

Queremos dar a conocer los resultados del presente trabajo, tanto a los profesionales, administrativos, promotoras y autoridades pertinentes, con el fin de que podamos pensar juntos la mejor estrategia para el abordaje de las embarazadas. Pensar desde la gestión, desde lo médico y desde las pacientes.

Referencias y Bibliografía

² Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016.

³ Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, Ahmed S, Steinhardt L, et al..National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. Lancet, 2011, Apr 16.

⁴ Global Strategy for Women`s, Children`s and Adolescent`s Health, 2016-2030. New York: United Natuons; 2015.

⁵ Oscar M. García, Pedro de Sarasqueta, Ricardo Schwarcz. Morbi-Mortalidad Materna y Mortalidad Infantil en la Republica Argentina. Estrategias para mejorar el desempeño de los servicios de salud Materno Infantil. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Julio 2004. (8 de junio 2019). www.msal.gov.ar

⁶ Municipio de Moreno. Boletín Oficial. Ordenanza N°5903/18. Edición 215. Bs.As. 2018.

⁷ OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Año 2019.

⁸ Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Practica del Control Preconcepcional, Prenatal y Puerperal (sede web). Republica Argentina, Julio 2013. www.msal.gov.ar

⁹ AMIR salud. Embarazo de Riesgo: Concepto. Situaciones de Riesgo. Clasificación, descripción, planificación de los cuidados obstétricos ginecológicos.(Sede web). www.amirsalud.com

¹⁰ Informe sobre la salud en el mundo 2002. Definición y evaluación de riesgo para la salud.

¹¹ Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Análisis de la Mortalidad Materno Infantil 2007-2016, a partir de la información proveniente del Sistema de Estadísticas Vitales de la Republica Argentina (sede web). Ministerio de Salud de la Nación. 2018. www.msal.gov.ar

Ruth Henquin. Epidemiología y Estadística para principiantes. Corpus. Abril, 2013.

Cap 1 a 8.

ENCUESTA						Nº DE CUESTIONARIO			
MORBI-MORTALIDAD									
1) APELLIDO Y NOMBRE:						2) OBRA SOCIAL		SI	NO
3) NACIONALIDAD:									
¿Cuál de los siguientes eventos tuvo lugar durante su embarazo, parto o puerperio?									
(*Contestar circulando la respuesta que corresponda para antecedentes de eventos desfavorables en gesta cuya fecha probable de parto fuera durante el 2018).									
3) EMBARAZO BUSCADO			SI	NO	4) USABA MAC			SI	NO
5) TERMINACION DEL EMBARAZO			PARTO VAGINAL		CESAREA PROGRAMADA		CESAREA DE URGENCIA		
6) MORTALIDAD MATERNA			SI	NO	7) MORTALIDAD FETAL			SI	NO
(si la respuesta fue "SI"									
8) MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ			SI	NO	contestar solo hasta pregunta n° 13)		a)	<20 SEMANAS	
b) 20 A 27 SEMANAS									
c) >28 SEMANAS									
MORBILIDAD MATERNA					MORBILIDAD FETAL/NEONATAL PRECOZ				
9) ROTURA UTERINA			SI	NO	14) BAJO PESO			SI	NO
a) 2500- 3999 grs									
b) 1500-2499 grs									
c) 1000-1499 grs									
d) <1000 grs									
10) HEMORRAGIA POST PARTO			SI	NO	15) ALTO PESO			SI	NO
a) c/ Histerectomia									
b) s/ Histerectomia									
11) TRANSFUSIONES			SI	NO	16) PREMATUREZ			SI	NO
a) 32 A 36,6 SEMANAS									
b) < 32									
c) NO SABE/NO RECUERDA									
12) DPPNI			SI	NO	17) PESO DEL PREMATURO			NO CORRESPONDE	
a) 1500-2499 grs									
b) 1000-1499 grs									
c) <1000 grs									
13) EVENTO HIPERTENSIVO			SI	NO					
a) ¿Cuál?									
b) NO RECUERDA									

Anexo 2 Reverso.

6) Mortalidad materna: Muerte de una mujer durante el embarazo, parto o incluso hasta 42 días luego de parir.

Y que la causa no sea accidental (homicidio, accidente de tránsito, accidentes del hogar)

7) Mortalidad fetal: Muerte del bebe, antes de nacer.

8) Mortalidad Neonatal precoz: Muerte del recién nacido hasta los 6 días de vida inclusive.

10) Histerectomía: Extracción del útero.

12) DPPNI: Desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta. Desprendimiento de placenta antes de iniciado el trabajo de parto.

13) Evento Hipertensivo: Diagnóstico de preeclampsia, eclampsia o HELLP, durante el embarazo, parto o incluso hasta 42 días luego de parir.

15) Alto Peso: Recién nacido con peso igual o mayor a 4000 grs. (4 kg)

16) Prematurez: Se considera la semana de gestación al momento del parto.

