

## Perfil de salud materna y perinatal en hospitales públicos de la provincia del Azuay – Ecuador. 2010.

DR. JOSÉ ORTIZ SEGARRA PHD.

Profesor Principal de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca. Avenida el Paraíso s/n, Cuenca – Ecuador

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir las características demográficas, antecedentes obstétricos, control prenatal, atención del parto y condiciones de los recién nacidos atendidos en los servicios públicos de la provincia del Azuay.

**Métodos:** Estudio descriptivo a partir de las bases de datos del Sistema Informático Perinatal de las unidades de salud de la red pública de la provincia del Azuay durante el año 2010, que fue recolectada por el personal de salud, involucrado en la atención materna y perinatal.

**Resultados:** El 81% de los datos se encuentran en el SIP. Las mujeres atendidas por parto en su mayoría fueron jóvenes, mestizas, con estudios básicos, casadas y unión estable. Dos de cada diez son madres adolescentes. Más de la mitad han tenido entre uno a tres hijos, la mayoría no planifican sus embarazos. Tanto en el control prenatal, atención del parto y de los recién nacidos (RN), es irregular el cumplimiento de las normas. El 3% de los RN recibieron alguna maniobra de reanimación y el 0,6% presentaron defectos congénitos.

**Conclusiones:** Las características demográficas y antecedentes obstétricos son similares a las de otros países en desarrollo. Las normas de atención prenatal, del parto y al RN se cumplen parcialmente.

**Palabras claves:** Perfil de salud, bienestar materno, Sistema Informático Perinatal (SIP), atención perinatal / normas, servicios de salud materno-infantil, Azuay-Ecuador. Perinatal maternal health profile in public hospitals in the Azuay Province – Ecuador.

### SUMMARY

**Objective:** To describe the demographic characteristics, obstetric history, antenatal care, delivery care and newborn conditions treated in public services in the province of Azuay

**Methods:** Descriptive study from databases Perinatal Information System of units of the public health in the province of Azuay in 2010, which was collected by the health personnel involved in maternal and perinatal Attention.

**Results:** 81% of the data is in the SIP. Women who delivered the majority were young, mestizo, with only basic education, married and stable union. Two out of ten are teenage mothers. More than half

have had one to three children; most do not plan their pregnancies. In the prenatal care delivery care and newborn (NB) in rules compliance is irregular. The 3% of newborns received some resuscitation maneuvers and 0.6% had congenital defects.

**Conclusions:** The demographic and obstetric characteristics are similar to other developing countries. The standards for prenatal care, childbirth and the newborn are partially met.

**Key words:** Profile of health, maternal welfare, Perinatal Information System (SIP), perinatal care / rules, Maternal-Child Health Services, Azuay, Ecuador.

## INTRODUCCIÓN

Las tasas de mortalidad materna e infantil constituyen indicadores demográficos relacionados con la pobreza y calidad de los servicios de salud; a mayor pobreza o menor calidad sanitaria, mayores serán dichos índices.

Según la OMS, en 2010 murieron 287.000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos, casi todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. Las muertes se producen por complicaciones que aparecen antes o durante la gestación; entre las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, están: las hemorragias postparto, infecciones puerperales, preeclampsia y eclampsia, y aborto (OMS 2012). En Ecuador, en el año 2010, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) registró 203 muertes maternas, que equivale a una tasa de 92,6 x mil nacidos vivos, debido a complicaciones del embarazo, parto y puerperio; hipertensión inducida por el embarazo, eclampsia, hemorragia postparto, anomalías en la dinámica del parto, sepsis, entre otras (INEC 2010).

De acuerdo con los datos de la UNICEF, más de un 70% de los casi 11 millones de muertes infantiles que se producen todos los años, especialmente en países en desarrollo, se deben a seis causas: la diarrea, el paludismo, las infecciones neonatales, la neumonía, el parto prematuro o la falta de oxígeno al nacer. Dos terceras partes de las muertes ocurren en 10 países, algunas de estas muertes se deben a enfermedades como el sarampión, el paludismo o el tétanos, otras son el resultado indirecto

de la marginación, los conflictos y el VIH/SIDA; la desnutrición y la falta de agua potable y saneamiento contribuyen a la mitad de todas estas muertes infantiles (UNICEF 2012). En nuestro país, en este mismo año fallecieron 3.204 menores de un año (10,96 x mil nacidos vivos), debido a prematuridad, neumonía, sepsis, malformaciones congénitas, dificultad respiratoria, síndrome de aspiración neonatal, asfixia, entre otras (INEC 2010).

Con respecto a la disponibilidad de la información relacionada con la atención hospitalaria, de los 190 miembros de la OMS, sólo 78 países informan correcta, sistemática y en forma verificable sus tasas de mortalidad materna, lo que significa sólo el 35% de la población mundial (Herrera 2003), lo mismo ocurre con la mortalidad infantil, de ahí la importancia de realizar estudios para conocer la magnitud y sus determinantes.

Las evidencias indican que la mayoría de las muertes infantiles y maternas se podrían salvar con medidas sencillas relacionadas con la promoción, prevención y una mejora de las prácticas de atención familiar, comunitaria y hospitalaria. En este marco la disminución de la mortalidad materna e infantil, constituyen el quinto y cuarto de los objetivos del desarrollo del milenio, respectivamente, y para su consecución el primer paso es conocer la situación actual.

Es de mucho interés de las unidades docente-asistenciales disponer de información relacionada con la situación de salud de las madres y sus recién nacidos que son atendidos institucionalmente; en primer lugar, para tomar decisiones en cuanto al manejo de los talentos humanos, recursos materiales y económicos, con base en el análisis de la realidad; y en segundo lugar, para que la academia oriente la formación de sus estudiantes de pregrado y posgrado.

En el marco de lo antes mencionado, el objetivo del presente estudio es brindar información de la salud materna y perinatal a nivel de los hospitales públicos de la provincia del Azuay como un aporte fundamental para el desarrollo organizacional, tanto de los servicios de salud como de la Facultad de Ciencias Médicas, pues el uso de la información permitirá a las instituciones cumplir con sus objetivos, reducir costos en sus operaciones y desarrollar nuevos procesos operativos optimizados para ofrecer servicios de calidad y la formación de los talentos humanos se sustente en el criterio de pertinencia.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo acerca de las características demográficas, antecedentes obstétricos, control prenatal, atención del parto y condiciones de los recién nacidos atendidos en los servicios públicos de la provincia del Azuay durante el año 2010.

El análisis de los datos que constan en las historias clínicas se analizó mediante el Sistema Informático Perinatal (SIP), cuya implementación se desarrolló en 4 fases: 1) diagnóstico situacional de Infraestructura Informática 2) Capacitación al personal involucrado en la atención materna y perinatal 3) implementación del SIP en los servicios, y 4) control de la calidad de información.

Para el diagnóstico, se analizaron las necesidades técnicas en cada hospital para la implementación del SIP, con la aplicación de una entrevista y formulario de observación estructurado. Previo a la implementación del SIP se desarrolló un taller de capacitación en el Centro de Cómputo de la Facultad de Ciencias Médicas, dirigido al personal de cada hospital involucrado en la atención de partos.

En el proceso de capacitación se abordaron los temas relacionados con las variables de la Historia Clínica Perinatal, llenado de la HCP y carné de control prenatal, instalación del SIP y configuración del programa; llenado de la base de datos, búsqueda de registros, corrección y eliminación de datos; envío de datos por internet, consolidación de bases de datos y respaldos; y análisis estadístico de variables y reportes. Participaron en la capacitación 80 personas, entre Gineco/Obstetras, Pediatras, Personal de Estadística, Internos/as de las carreras de Medicina y Enfermería. Como docentes y tutores de los talleres colaboraron los profesores de la Facultad de Ciencias Médicas.

La implementación del SIP estuvo a cargo de los Ingenieros de Sistemas de la Universidad de Cuenca y de la Dirección Provincial de Salud del Azuay y el llenado de los datos, a cargo del personal involucrado en la atención de los partos, especialmente de los residentes de posgrado e internos de Gineco-Obstetricia. Una vez adaptado el SIP para recopilación, ingreso, procesamiento, envío de datos y reportes, fue necesario monitorizar la calidad de la información recolectada mediante la difusión de informes en la sala situacional de cada unidad de salud. Los coordinadores de las unidades de salud se encargaron del envío de bases de datos consolidadas a la coordinación del proyecto dentro

de los 8 primeros días del mes siguiente. El control de calidad consistió en la confrontación de la información del SIP con las historias clínicas y los libros de partos que se dispone en los servicios. La recuperación de la información estuvo a cargo de los estudiantes de la Carrera de Medicina que realizaron sus trabajos de titulación, en coordinación con los internos y bajo la supervisión de los médicos residentes. Los datos se analizaron mediante frecuencias y porcentajes, del registro de los partos atendidos por unidad de salud, las características de las mujeres atendidas, antecedentes obstétricos; características de las gestaciones, de los partos y de los recién nacidos.

## RESULTADOS

En todas las unidades participantes fueron atendidos 9785 partos en el año 2010, de los cuales 7951 (81,26%) se encuentran registrados en las bases de datos del SIP. En la mayoría de las unidades se registraron más del 70% de los partos. En los hospitales cantonales de Girón (99.2%), Gualaceo (97.4%), Paute (96.4) y en el Centro de Salud de Nabón (95.1%), fue posible un porcentaje más elevado de registros, seguramente por el volumen de las atenciones en relación con el personal de salud (Ver tabla 1).

**TABLA 1**

UNIDAD DE SALUD	PARTOS ATENDIDOS	REGISTRADOS EN SIP	
		Nº	%
Vicente Corral	5382	3954	73,47
José Carrasco IESS	1075	910	84,65
Carlos Elizalde	340	337	99,12
Gualaceo	546	532	97,44
Paute	364	351	96,43
Santa Isabel	297	227	76,43
Sigsig	239	152	63,60
Girón	255	253	99,22
Nabón	62	59	95,16
Pablo Jaramillo	1225	1176	96,00
<b>TOTAL</b>	<b>9785</b>	<b>7951</b>	<b>81,26</b>

Fuente: MSP Departamento de estadística. Base de datos SIP.

La falta de información, cercana al 20% obedeció a los siguientes factores: rotaciones incompletas de los estudiantes del internado de la carrera de medicina, de cinco semanas, en lugar de diez semanas, lo cual dificultó la capacitación y el seguimiento, además no todas las rotaciones recibieron entrenamiento en el manejo del SIP; algunos mé-

dicos residentes, tratantes y coordinadores no revisaban la información y no utilizaron como apoyo para la gestión ni para investigaciones; por parte de la Dirección Provincial de Salud no se realizó supervisión en forma periódica sobre el manejo de la información. Al respecto, se ha constatado que en las unidades que utilizan la información para realizar estudios, es donde mejor se llenaban las bases de datos.

#### CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES ATENDIDAS POR PARTO

La mayoría de las mujeres atendidas por parto son jóvenes (66,6%), cerca de la cuarta parte son adolescentes (22,3%), y una de cada diez se encuentra en el grupo de mayores de 35 años. Casi todas se identifican como mestizas (96,4%), únicamente el 2,2% pertenecen a las etnias indígena o negra. Cuatro de cada diez alcanzaron los estudios primarios, en la misma proporción los secundarios, en menor porcentaje los estudios universitarios (13,2%) y cerca del 2% manifestaron no tener educación formal. Prácticamente dos de cada diez son madres solteras, la tercera parte tienen unión estable y cerca de la mitad son casadas.

**TABLA 2**

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		
EDAD EN AÑOS	NÚMERO	PORCENTAJE
Sin dato	75	0,9
(0 - 14)	47	0,6
(15 - 19)	1724	21,7
(20 - 34)	5296	66,6
(35 - 43)	770	9,7
(44 - 49)	34	0,4
ETNIA		
Sin dato	97	1,2
Blanca	11	0,1
Indígena	106	1,3
Mestiza	7658	96,4
Negra	73	0,9
Otra	1	0,1
ANALFABETA		
Sin dato	211	2,7
No	257	3,2
Si	7478	94,1
ESCOLARIDAD		
Sin dato	140	1,8
Ninguno	126	1,6
Primaria	3336	42,0
Secundaria	3292	41,4
Universidad	1052	13,2
ESTADO CIVIL		
Sin dato	302	3,8
Casada	3801	47,8
unión estable	2360	29,7
Soltero	1395	17,6
Otro	88	1,1

Fuente: Base de datos SIP.

#### ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Más de la mitad de las mujeres han tenido entre uno a tres hijos, cuatro de cada diez son primíparas y una de cada diez han tenido más de cuatro hijos. El 13% de madres han sido atendidas por uno o más abortos, pero puede ser mayor, debido a la falta de datos. Más de la mitad de los embarazos no son planeados. Las tres cuartas partes de las mujeres no utilizaban ningún método anti-conceptivo, en tanto que el 15% de las que utilizaban alguno de los métodos, se quedaron embarazadas, pese al uso de hormonas (7,7%), DIU (2,3%), barrera (2,2%), natural (2%) y emergencia (0,1%), ver tabla 3.

**TABLA 3**

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
GESTAS PREVIAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Sin dato	0	0,0
0 - 0	3039	38,2
1 - 3	4244	53,4
4 - 20	663	8,3
ABORTOS		
Sin dato	938	11,8
0 - 0	5962	75,0
1 - 3	1035	13,0
4 - 20	11	0,1
EMBARAZO PLANEADO		
Sin dato	834	10,5
No	4129	52,0
Si	2983	37,5
CESÁREAS		
Sin dato	2317	29,2
0 - 0	4606	58,0
1 - 1	709	8,9
2 - 2	271	3,4
3 - 3	36	0,5
4 - 4	5	0,1
5 - 5	1	0,0
FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO		
Sin dato	820	10,3
No usaba	5990	75,4
Barrera	174	2,2
DIU	182	2,3
Hormonas	611	7,7
Emergencia	8	0,1
Natural	161	2,0

Fuente: Base de datos SIP.

#### CONTROL PRENATAL

De acuerdo con los datos de la tabla cuatro, el 80.3% de las mujeres ingresaron calculando su gestación exclusivamente con la fecha de la última menstruación (FUM), el 17.6% lo hicieron solo con ecografía (ECO). Una de cada diez mujeres recibieron la vacuna Antirubeola previa al embarazo y tres de cada diez mujeres no se vacunó ni

conocen acerca de la inmunización. De acuerdo con los datos, se da más importancia a la vacuna antitetánica, aunque no en todos los casos se cumple con la norma, pues únicamente seis de cada diez mujeres recibieron la vacuna.

**TABLA 4**

CONTROL PRENATAL		
EDAD GESTACIONAL CONFIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
FUM	6384	80,3
ECO	1398	17,6
<b>ANTI RUBÉOLA</b>		
Sin dato	783	9,9
Si Previa	858	10,8
No sabe	3085	38,8
Embarazo	84	1,1
No	3136	39,5
<b>ANTITETÁNICA</b>		
Sin dato	394	5,0
No	2660	33,5
Si	4892	61,6
<b>EXAMEN ODONTOLÓGICO NORMAL</b>		
Sin dato	317	35,1
No	2790	60,9
Si	4839	
<b>EXAMEN DE MAMAS</b>		
Sin dato	335	4,2
No	2552	32,1
Si	5059	63,7
<b>CÉRVIX PAP</b>		
Sin dato	1008	12,7
Normal	2149	27,0
Anormal	39	0,5
No se hizo	4749	59,8
<b>BACTERIURIA</b>		
Sin dato	1514	19,1
Normal	2038	25,6
Anormal	1247	15,7
No se hizo	3147	39,6
<b>FACTOR RH</b>		
Sin dato	894	11,3
+	6983	87,9
-	69	0,9
<b>TAMIZAJE ESTREPTOCOCCO B</b>		
Sin dato	1814	22,8
+	271	3,4
-	6	0,1
No se hizo	5855	73,7
<b>HIERRO Y FOLATOS</b>		
Sin dato	673	8,5
No	519	6,5
Si	6754	85,0

Fuente: Base de datos SIP.

En los controles del embarazo, el examen que mejor se cumple es la exploración de mamas (63,7%), con respecto al odontológico (60,9%) y de cérvix (59,8%). Seis de cada diez mujeres realizó el examen de orina para detectar bacteriuria. Se encontró positivo el examen de bacteriuria en alrededor del 15%. En nueve de cada diez mujeres se detectó el factor RH+. En siete de diez mujeres no se realizó el examen para Estreptococo; de las que

se realizaron solo seis resultaron positivos, pero puede ser mayor, debido a la falta de datos. El 85% de las embarazadas recibieron hierro y Folatos.

#### CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTOS

En la tabla cinco se puede apreciar que el 2,8% de la mujeres atendidas por parto no han recibido

**TABLA 5**

CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTOS		
CONSULTAS PRENATALES	NÚMERO	PORCENTAJE
Sin dato	241	3,0
0 – 0	221	2,8
1 – 1	226	2,8
2 – 4	1803	22,7
5 – 9	4832	60,8
10 – 99	623	7,8
<b>CARNET PRENATAL</b>		
Sin dato	813	10,2
No	4676	58,8
Si	2457	30,9
<b>TERMINACIÓN DEL PARTO</b>		
Sin dato	178	2,2
Vaginal espontánea	5658	71,2
Cesárea	2065	26,0
Fórceps	1	0,01
Vacuum	1	0,01
Otra	43	0,5
<b>ACOMPAÑANTE PARTO</b>		
Sin dato	3204	40,3
Pareja	706	8,9
Familiar	453	5,7
Otro	126	1,6
Ninguno	3456	43,5
<b>POSICIÓN PARTO</b>		
Sin dato	236	3,0
Sentada	306	3,9
Cuclillas	46	0,6
Acostada	7358	92,6
<b>EPISIOTOMÍA</b>		
Sin dato	323	4,1
No	5605	70,5
Si	2018	25,4
<b>DESGARROS</b>		
No	6407	80,6
Grado I	945	11,9
Grado II	361	4,5
Grado III	38	0,5
Grado IV	10	0,1
<b>OXITÓCICOS EN TDP</b>		
Sin dato	235	3,0
No	5385	67,8
Si	2326	29,3
<b>ANALGESIA</b>		
Sin dato	230	2,9
No	5708	71,8
Si	2008	25,3
<b>ANTIBIÓTICOS</b>		
Sin dato	239	3,0
No	5932	74,7
Si	1774	22,3

Fuente: Base de datos SIP.



ninguna consulta prenatal, el 23.5% entre una a cuatro consultas y el 60.8% se han realizado cinco controles y más. La mayoría de las mujeres (58.8%) acuden al servicio portando su carnet, sin embargo tres de cada diez mujeres no lo hacen.

De las mujeres que estuvieron acompañadas durante el trabajo de parto en su mayoría fue por su pareja (8.7%), en contraste con un 43.7% que no recibió apoyo emocional. La mayoría de mujeres dieron a luz en posición acostada (92.6%), solamente el 4% pudo hacerlo por su propia voluntad en posición vertical. A siete de cada diez mujeres no se le realizó episiotomía, ni se le administró analgesia durante el parto. Los desgarros grado I se produjeron en el 11.9% de los partos y grado II en 4.5%. La administración de Oxitocina se dio en el 29.7% de los casos y dos de cada diez mujeres recibieron antibióticos.

#### CARACTERÍSTICAS DE LOS RECIÉN NACIDOS

Nacieron vivos 7882 y muertos 64 (0.8%). Cerca del 85% de los recién nacidos fueron atendidos por médicos, los demás por otro personal no calificado pero bajo la supervisión de los profesionales; esto en razón de que todas las unidades participantes son centros docentes.

La mitad de los recién nacidos fueron del sexo masculino. El 88% nacieron con un peso adecuado, 2.2% fueron pequeños y 4.6% grandes para la edad gestacional. Las demás medidas antropométricas como el perímetro cefálico presentaron valores normales en 9 de cada 10 recién nacidos. En 28 (0,4%) recién nacidos se registraron defectos congénitos mayores y 18 (0,2%) presentaron defectos congénitos menores.

Algunos recién nacidos recibieron maniobras de reanimación (4,1%) y estimulación (5,9%), a otros se les aplicó masaje (0.8 %), máscara (2.5%), oxígeno (4.4%) y tubo (0.9%). La mayoría de los recién nacidos presentan puntuaciones del test de APGAR entre 7-10 tanto al 1° minuto (92.8%) como al 5° minuto (95.4%). Al momento del egreso 5 de cada 10 niños recibieron la vacuna BCG.

## DISCUSIÓN

Sin duda que la disponibilidad de datos de buena calidad constituye un factor esencial para la investigación de la realidad y sobre esta base plantear las intervenciones más acertadas. El SIP fue creado

**TABLA 6**

### CONDICIONES DE LOS RECIÉN NACIDOS, AÑO 2010.

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
Sin dato	227	2,9
Femenino	3688	46,4
Masculino	4028	50,7
No definido	3	0,3
<b>PESO PARA EDAD GESTACIONAL</b>		
Sin dato	415	5,2
Adecuado	6990	88,0
Pequeño	364	4,6
Grande	176	2,2
<b>PERÍMETRO CEFÁLICO</b>		
Sin dato	258	3,3
Normal	7520	94,7
Micro	48	0,6
Macro	50	0,6
<b>APGAR 1er. MINUTO</b>		
Sin dato	248	3,1
0 a 3	117	1,5
4 a 6	211	2,7
7 a 10	7370	92,8
<b>APGAR 5to. MINUTO</b>		
Sin dato	249	3,1
0 a 3	68	0,9
4 a 6	52	0,7
7 a 10	7577	95,4
<b>REANIMACIÓN</b>		
Aspiración	327	4,1
Estimulación	472	5,9
Masaje	65	0,8
Máscara	196	2,5
Oxígeno	346	4,4
Tubo	69	0,9
<b>DEFECTOS CONGÉNITOS</b>		
Sin dato	544	6,8
No	7356	92,6
Menor	28	0,4
Mayor	18	0,2
<b>ATENDIÓ RN</b>		
Sin dato	643	8,1
Médico	6753	85,0
Obstetra	20	0,3
Enfermera	281	3,5
Auxiliar	0	0,0
Estudiante	50	0,6
Empírica	5	0,1
Otro	194	2,4
<b>EGRESO RECIÉN NACIDO</b>		
Sin dato	1870	23,5
Vivo	5949	74,9
Fallece	64	0,8
Traslado	62	0,8
<b>BCG</b>		
Sin dato	2335	29,4
No	1785	22,5
Si	3826	48,2

Fuente: Base de datos SIP.

en respuesta a las altas tasas de mortalidad materna y perinatal, con el objetivo de que las unidades de salud funcionen en red, para elaborar





estadísticas locales, evaluar la calidad de atención y tomar decisiones para la gestión (CLAP 2005). Sin embargo en nuestro país, a pesar de que el SIP-HCP ha estado vigente desde hace más de 2 décadas, ha sido subutilizado y no ha sido implementado especialmente el componente informático, en especial en los hospitales cantonales. A través del "Programa de Investigación Tecnologías de Información y comunicación para mejorar la calidad de atención materna y neonatal de los servicios públicos de la Provincia del Azuay" realizado durante los años 2009 y 2010, en un esfuerzo con junto con la Dirección provincial de Salud del Azuay, se logró implementar el programa en todas las unidades del MSP, así como en el Hospital José Carrasco del IESS y en la Fundación Pablo Jaramillo que es una entidad privada sin fines de lucro. Con base en la información obtenida del SIP ha sido posible elaborar el perfil de salud materna y perinatal, como un aporte para la gestión de los servicios y para la formación.

El análisis de la información generada por el sistema nos ha permitido valorar la calidad de la atención en el lugar donde se lleva a cabo. Este procedimiento es básico en países donde tienen mejores indicadores de salud que en el nuestro; así, en Brasil, se validó al SIP como instrumento de vigilancia epidemiológica y con base en los resultados se han priorizado las prácticas para los cuidados obstétricos y de atención neonatal. A pesar de la tendencia creciente de utilización de los indicadores de atención para monitorear el desempeño de los servicios de salud, los problemas de producción y gestión de la información son esenciales para garantizar la existencia y calidad de los datos, estos son a menudo ignorados o considerados como de menor importancia. De ahí surge, la necesidad de no solo capacitar al personal en el manejo del SIP, sino también fomentar la responsabilidad epidemiológica en cada persona que hace salud. A partir de un análisis adecuado es posible no solo la elaboración, sino la aplicación y vigilancia en el cumplimiento de las normas de gestión y atención que promuevan una atención con calidad. En este marco, al comparar nuestros resultados con otros estudios, podemos apreciar que, en cuanto al llenado, cumplimos con el 81% en promedio, que es similar a lo conseguido en el Brasil que se llena 72% y 86% en dos hospitales de Belo Horizonte, por ejemplo (Rego 2004).

Existen muy pocos estudios que aborden el análisis de las variables relacionadas con el perfil de salud materna y perinatal; por ejemplo, en la librería

electrónica SCIELO encontramos 10 artículos que se refieren al Sistema Informático Perinatal, de los cuales seis se relacionan con la morbilidad y mortalidad neonatal (Ticona 2005; Rego 2010; Ticona 2008; Jewell 2007; Bolzán 2000; Bortman 1998), tres a los problemas maternos y perinatales (Vélez-Gómez 2006; Mella 2006; Grandi 2003) y uno a la morbilidad materna (Cravchik 1998).

En cuanto a las características demográficas de las madres, en nuestro estudio el embarazo en adolescentes ocurre en el 22,3%, mientras que, según la OMS (2012), en Europa la tasa es de 2,6%; esta situación probablemente obedece a un enfoque diferente con respecto a la educación sexual y las facilidades para el acceso a la planificación familiar.

Con respecto a los antecedentes obstétricos, en el presente estudio se registra una tasa de cesárea de 26%, pudiendo ser mucho mayor debido a que la falta de datos es del 2,2%; en todo caso, según una Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal realizada por la OMS (2012), la mediana de cesárea en países de América Latina fue del 33% en hospitales públicos y 51% en privados, luego de un progresivo aumento, lo cual se relaciona con un mayor riesgo de tratamiento antibiótico puerperal y mortalidad y morbilidad materna severa. Pero el aumento en la tasa de nacimiento por cesárea está también asociado con un aumento en las tasas de mortalidad fetal y en la cantidad de recién nacidos que ingresan a la unidad de cuidados intensivos (Villar 2005). Dado que la operación se realiza con tanta frecuencia, es probable que cualquier intento para reducir los riesgos asociados a ella, incluso con alteraciones relativamente pequeñas en el procedimiento quirúrgico para un resultado en particular, arroje beneficios significativos en cuanto a costos y beneficios en la salud para las mujeres.

En lo referente al embarazo planeado, según la OMS (2011), a escala mundial, ha aumentado desde un 54% en 1990 a un 63% en 2007; a escala regional, la proporción de mujeres casadas de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente entre 1990 y 2007, de 17% a 28% en África, de 57% a 67% en Asia, y de 62% a 72% en América Latina y el Caribe; en cada región es notable la variación entre países. En el presente estudio tenemos un 37% de embarazos planeados, pudiendo ser superior, por la falta de datos (10,5%); el bajo porcentaje en la planificación del



embarazo probablemente se relacione con barreras de orden cultural, educativa y especialmente con la calidad de los servicios de salud.

De acuerdo con las evidencias científicas, se deberían aplicar todas las prácticas durante el control prenatal; sin embargo, como podemos ver en las tablas 4 y 5, la asistencia sustentada en las evidencias es parcial y variable. Si bien las prácticas beneficiosas se han implementado rápida y fácilmente en los países desarrollados (la mayoría de los cuales tiene programas establecidos adecuadamente), no resulta sencillo hacerlo en países en vías de desarrollo como el nuestro. La implementación de las intervenciones periconcepcionales puede llegar a ser complicada, en especial en aquellos lugares donde los programas de salud reproductiva están principalmente dirigidos a las

intervenciones en el embarazo y donde la atención prenatal generalmente comienza después del primer trimestre (OMS 2012).

En la tabla 2 podemos apreciar que cerca del 3% de las mujeres que acuden a la red pública para dar a luz pertenecen a una de las etnias, indígena, negra u otra, por lo que hace falta que el personal de salud adquiera una visión intercultural de la salud, con el propósito de que se viabilice un reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales, así como a la incorporación de las mismas dentro de las prácticas de atención convencionales para la consolidación de un sistema más equitativo, participativo y humano. La interculturalidad implica una interrelación de respeto, de estima, en condiciones dignas (Degregori 2004; Giménez 2000).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad materna. Nota descriptiva N°348, Mayo de 2012. [citado 2012 Nov 18] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Estadísticas Sociales 2010. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>
3. UNICEF. Objetivos del desarrollo del milenio. 4 Reducir la mortalidad infantil 2012. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html>
4. Herrera M Mario. MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2003 [citado 2012 Nov 18]; 68(6): 536-543. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262003000600015&Ing=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600015&Ing=es). doi: 10.4067/S0717-75262003000600015.
5. Centro Latinoamericano de Perinatología e Desarrollo Humano - CLAP. Sistema informático perinatal en el Uruguay: 15 años de datos. Montevideo: CLAP; 2000. [citado 2010 Jun 12]. Disponible en [http://new.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&task=view&id=84&Itemid=242](http://new.paho.org/clap/index.php?option=com_content&task=view&id=84&Itemid=242)
6. Rego, María Albertina Santiago; FRANCA, Elisabeth Barboza; AFONSO, Deise Campos Cardoso. Avaliação da qualidade da informação do Sistema de Informação Perinatal (SIP-CLAP /OPAS) para monitoramento da assistência perinatal hospitalar, Belo Horizonte, 2004. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 9, n. 3, Sept. 2009. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292009000300006&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000300006&Ing=en&nrm=iso).
7. Rego María Albertina S., França Elisabeth Barboza, Travassos Ana Paula Azevedo, Barros Fernando C.. Avaliação do perfil de nascimentos e óbitos em hospital de referência. J. Pediatr. (Rio J.) [serial on the Internet]. 2010 Aug [cited 2012 Feb 06]; 86(4): 295-302. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572010000400009&Ing=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400009&Ing=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000400009>.
8. Ticona R Manuel, Huanco A Diana. CURVA DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO DE RECIÉN NACIDOS PERUANOS. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2008 [citado 2012 Feb 06]; 73(2): 110-118. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262008000200007&Ing=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000200007&Ing=es). doi: 10.4067/S0717-75262008000200007.
9. Ticona R. Manuel, Huanco A. Diana. MORTALIDAD PERINATAL HOSPITALARIA EN EL PERÚ: FACTORES DE RIESGO. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2005 [citado 2011 Jul 28]; 70(5): 313-317. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262005000500006&Ing=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000500006&Ing=es). doi: 10.4067/S0717-75262005000500006.
10. Jewell, R. Todd; Triunfo, Patricia and Aguirre, Rafael. El peso al nacer de los niños de la principal maternidad del Uruguay: 1995 a 2004. Desarro. soc. [online]. 2007, n.59 [cited 2012-02-06], pp. 01-20 . Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-35842007000100002&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-35842007000100002&Ing=en&nrm=iso). ISSN 0120-3584.
11. Bolzán Andrés, Guimarey Luis, Norry Marcos. Factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino y prematuridad en dos municipios de la provincia de Buenos Aires (Argentina). Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. 2000 Mayo [citado 2012 Feb 06]; 71(3): 255-262. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062000000300014&Ing=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300014&Ing=es). doi: 10.4067/S0370-41062000000300014.
12. Bortman Marcelo. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 1998 May [cited 2012 Feb 06]; 3(5): 314-321. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49891998000500005&Ing=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000500005&Ing=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891998000500005>. doi: 10.4067/S0717-75262005000500006.
13. Vélez-Gómez María del Pilar, Barros Fernando C, Echavarría-Restrepo Luis Guillermo, Hormaza-Angel María Patricia. Prevalencia de bajo peso al nacer y factores maternos asociados: Unidad de atención y Protección Materno Infantil de la Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol [serial on the Internet]. 2006 Dec [cited 2012 Feb 06]; 57(4): 264-270. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342006000400005&Ing=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342006000400005&Ing=en).
14. Mella V Ivón, Salvo A Lorena, González S María Angélica. CARACTERÍSTICAS DE NEONATOS MACROSÓMICOS Y DE SUS MADRES, DEL HOSPITAL HERMINDA MARTIN DE CHILLÁN. Rev. chil. nutr. [revista en la Internet]. 2006 Ago [citado 2012 Feb 06]; 33(2): 180-186. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182006000200007&Ing=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000200007&Ing=es). doi: 10.4067/S0717-75182006000200007.
15. Grandi, Carlos A. Relación entre la antropometría materna y la ganancia de peso gestacional con el peso de nacimiento, y riesgos de peso bajo al nacer, pequeño para la edad gestacional y prematuridad en una población urbana de Buenos Aires. ALAN. [online]. dic. 2003, vol.53, no.4 [citado 06 Febrero 2012], p.369-375. Disponible en la World Wide Web : [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004-06222003000400006&Ing=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004-06222003000400006&Ing=es&nrm=iso). ISSN 0004-0622.
16. Cravchik amuel, Muñoz Delia M. E., Bortman Marcelo. Indicaciones de episiotomía en maternidades públicas de Neuquén, Argentina. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 1998 July [cited 2012 Feb 06]; 4(1): 26-31. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49891998000700005](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000700005). <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891998000700005>.
17. Organización Mundial de la Salud. Boletín de la Organización Mundial de la Salud: Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>
18. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G et al, for the WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006; 367: 1819-29.
19. OMS. Planificación familiar. Nota descriptiva N°351Abril de 2011. [citado 2012 Nov 18]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/index.html>
20. Degregori, Carlos Iván. Desigualdades persistentes y construcción de un país pluricultural. Reflexiones a partir del trabajo de la CVR. Ponencia presentada en la Mesa sobre Interculturalidad organizada por CEPES / IEP, manuscrito, (2004).
21. Giménez, Carlos. Modelos ante la diversidad cultural: su relación con la ciudadanía y las políticas públicas en J. Alcina. (coord.). Hacia una nueva ideología para el siglo XXI. Madrid: Editorial Akal 2000.