Sistema de Vigilancia Epidemiológica en un Programa de Atención a la Gestante

I.S.S. CAJA DEL VALLE

PROGRAMA DE ATENCION MATERNA

INFORME PRELIMINAR

Dra. Sonia Pazmiño de Osorio*

Desde su fundación y hasta diciembre de 1979, a la madre y su hijo, en el I.S.S. Seccional del Valle, se le brindaba consulta médica para su control prenatal, atención del parto, cuidado médico del recién nacido y algunas prestaciones económicas para las trabajadoras.

Las tasas de mortalidad no estaban definidas ni vigiladas y la morbilidad materna y la perinatal del recién nacido eran altas.

Desde 1972 se inició el análisis de la situación anterior y se plantearon modificaciones al sistema de atención que sólo 7 años después culminaron con la aprobación en diciembre de 1979 de un programa de atención integral a la gestante que inicia su ejecución en enero de 1980. Este programa unifica los municipios de la regional y los vincula paulatinamente, siendo tres sus bases principales:

1. Atención de acuerdo a la complejidad de la morbilidad en 3 niveles:

NIVEL I: Atención prenatal general, post-parto, detección de riesgo obstétrico y detección precoz del cáncer.

NIVEL II: Nivel intermedio con atenciones de esterilidad y cirugía del parto, morbilidad hospitalaria y tratamiento del embarazo de alto riesgo.

NIVEL III: Máxima especialidad con la unidad de cuidado intensivo materno fetal en la Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali, en vía de desarrollo.

2. Educación:

Tanto a la gestante, como actualización al personal médico y paramédico del I.S.S. en cada uno de los niveles.

3. Un sistema de vigilancia epidemiológico, del cual vamos a hablar y que comprende la observación y análisis de los sucesos desde que ingresa la gestante

---

* Coordinadora Programa Materno.

al I.S.S. para la atención de su embarazo hasta que se entrega el niño a crecimiento y desarrollo.

Objetivos de la vigilancia

Epidemiológica

1. Mantener actualizado el conocimiento del comportamiento de la morbilidad y mortalidad de la gestante y el neonato.
2. Establecer la susceptibilidad y el riesgo de la población a las enfermedades bajo vigilancia.
3. Formular las medidas adecuadas según el nivel correspondiente.
4. Evaluar la bondad de las medidas de control planteadas.

Elementos de la vigilancia

1. Recolección de datos
2. Tabulación
3. Análisis
4. Divulgación
5. Política de toma de acción
6. Evaluación

Para obtener la información se han diseñado formas tanto para la consulta externa como para la clínica, que aglutine los datos necesarios para la vigilancia desde el punto de vista cuantitativo.

La información. Con registros diarios de las actividades realizadas mensualmente, se deriva a la oficina de cada zona en donde deben realizarse análisis previo a su remisión a la oficina central. En esta oficina se revisa la información, se verifica, compara, analiza y finalmente se revierte a los sitios de origen con el análisis y las recomendaciones que permite ajustes al programa general, constituyendo un sistema vertical de doble flujo.

Se presentan algunos resultados.

Resultados

A nivel de consulta externa; de una cobertura del 50%, con el programa actual, en 1980 pasó al 100% en 1981, lo cual permitió cuantificar una población que teniendo derecho a la atención de su parto o aborto en las clínicas del I.S.S. no asiste a ellas.

El promedio para el Valle es del 19%, y Palmira la zona de mayor pérdida.

De Cali se está delimitando una zona donde existe marcada deserción al control prenatal lo cual por las características de las afiliadas hace sospechar una más alta incidencia de abortos.

A nivel hospitalario se logró detectar subregistro por fallas en el sistema de información interna. Así como falta de información de la morbilidad en la hoja de egreso hospitalario.

Cuadro No. 1

TASAS DE MORTINATALIDAD POR CLINICAS. ISS. VALLE (NACIDOS MUERTOS POR MIL NACIDOS VIVOS)

Clínica	1978	1980	1981*
Cali	10.2	10	9.9
Palmira	13.7	14.7	11.2
Buga	12.3	13.2	9.7
Tulua	14.6	5.1	16.6
Cartago	13.5	7	11.4
Buenaventura	10.6	22.5	0
Promedio Valle	12.4	12.0	9.8

* 1er. semestre

1. Es notorio como Buenaventura no ha reportado muertes este semestre.
2. Es importante la tendencia descendente suave de Palmira y Buga.
3. Tuluá ha presentado un aumento de las muertes.

A través del sistema de vigilancia se está logrando mejor información y es así cómo se han determinado las tasas de mortinatalidad, mortalidad neonatal y perinatal que nos permiten comparaciones en las diferentes clínicas por meses y años.

Cuadro No. 2

RESUMEN DE LAS TASAS POR CLINICAS

Clínica	Morti natalidad	Neonatal	Perinatal
Cali	9.2	7.1	15.2
Palmira	12.4	9.4	21.4
Buga	16.4	4.1	20.5
Tuluá	11.7	11.7	21
Cartago	8.8	14.6	23.4
Valle	10.2	7.3	16.8

Todas las tendencias son ligeras, pero es mayor en general los mortinatos.

Análisis más detallado determinó que las 2/3 partes de las muertes perinatales correspondieron a prematurez y a patología durante el trabajo de parto (sufrimiento fetal).

Al determinar estas causas locales se pueden tomar medidas que tienden a disminuirlas. Es así como se están iniciando acciones que mejoran el cuidado intrahospitalario de la materna y una campaña de detección y detención precoz del parto prematuro.

Con base en las normas de la OMS.

Se presenta la gráfica de la mortalidad perinatal mes a mes por clínica lo cual permite observar su comportamiento oportunamente y tomar las medidas correctivas del caso.