

# Aplicación de un modelo de Historia Clínica Perinatal

EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

Dr. Edgar Cobo

Ha llegado la hora de ayudar a rehacer la vida sobre muertos, a sacar pan de los que están dormidos y corazón de los que están despiertos

Carlos Castro Saavedra  
"Entrad en la esperanza . . ."

La historia de la Historia Clínica Perinatal (HCP) se inicia en nuestro país en 1979, cuando en reunión con un grupo de entusiastas gineco-obstetras de Medellín, decidimos impulsar el diseño de HCP propuesto por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), ubicado en Montevideo (1). No veíamos otra salida al deseo frustrado durante tantos años, de conocer científicamente la realidad de la salud materno-infantil en los Hospitales Universitarios del país. Este modelo había sido incorporado por algunos Departamentos de Obstetricia y Ginecología en América Latina, habiendo llegado solo uno a la etapa de diagnóstico descriptivo de la situación perinatal, con sistematización de la información (2). Se inició entonces la implantación de la HCP con

la asesoría del CLAP, dando como resultado avances notables en la exploración de la situación perinatal en Medellín (3, 4) y en Cali.

En 1982, la Federación Colombiana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología y la sección Materno-Infantil del Ministerio de Salud suscribieron un contrato a través del cual esta última, compromete la asesoría de la Federación para la reforma de la HCP y el diseño de estrategias para su implantación, enmarcándola dentro del objetivo de una historia clínica única del Ministerio de Salud, para todo el país. La comisión nombrada para este propósito, y de la cual nosotros no hacemos parte, ha realizado ya la reforma de la HCP e inicia el proceso de estrategias de implantación y de sistematización de la información obtenida.

El autor no ha considerado como material de publicación científica este tipo de informes, los cuales ha distribuido como documentos de circulación intra-institucional dentro del Hospital y el Sistema Seccional de Salud. Sin embargo, el alto número de consultas del profesorado de Obstetricia y Ginecología, de Pediatría y de personal de la Seccional de Salud del Valle, a este documento, así como la frecuente referencia al mismo en reuniones locales y nacionales y

---

Profesor Titular. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad del Valle, Cali. Colombia.

Proyecto financiado con una donación de la Fundación para la Educación Superior (FES).

además, una cierta presión intrahospitalaria sobre la conveniencia de una divulgación más amplia de estos datos, han llevado este informe hacia el inesperado destino de la publicación formal.

El informe corresponde al período comprendido entre el 1o. de marzo de 1982 y el 28 de febrero de 1983, durante el cual se realizó la aplicación formal de la HCP, que venía probándose desde julio de 1981. Contiene datos alarmantes sobre la realidad de la atención materno-infantil, administrada a una población extremadamente patológica y en consecuencia, merecedora de un alto nivel profesional y técnico dentro de la institución.

Como resultado de este estudio hemos avanzado en el diseño de una serie de normas que buscan mejorar la atención de la patología observada y planteamos de nuevo una modificación estructural de la actividad de supervisión del personal docente sobre el manejo de tan abundante patología, basándonos en la dificultad (casi la imposibilidad) de aumentar significativamente los recursos humanos existentes. No sabemos aún, si con estas reformas podemos quebrar las altas tasas de morbilidad y mortalidad que se describen adelante. Pero sabemos que la actividad que no deberá interrumpirse nunca, es la del perfeccionamiento del método de registro y la sistematización del análisis de los datos.

No tengo dudas al afirmar que dentro de las condiciones actuales **no es posible atender adecuadamente a la población caracterizada** en este estudio. Estamos haciendo lo posible, pero la realidad nos va empujando hacia lo imposible. Ese es el desafío.

## PACIENTES Y METODOS

En el período estudiado se atendieron 8.181 pacientes hospitalizadas, cuyas historias clínicas perinatales (HCP) son el

material de este informe. La HCP fue elaborada por estudiantes de pregrado, quienes recibieron información teórica y práctica sobre la metodología antes de iniciar su trabajo. Antes del alta de las pacientes se llenó el resumen estadístico perinatal (REP) para cada paciente, durante los días hábiles. No fue posible hacer lo mismo durante los fines de semana y los días feriados, en los cuales se hizo el REP después del alta de las pacientes. El REP consta de 80 variables precodificadas. Tanto el volcado, o reducción de los datos de la HCP al REP, como el conteo manual de todos los datos, fue realizado por 3 auxiliares de registros médicos, cada mes. La reducción manual de los datos a cuadros y figuras, la supervisión periódica del proceso, la síntesis anual, el cálculo y ordenamiento de las frecuencias relativas y el análisis que se presenta, fueron realizados por el autor de este informe.

## RESULTADOS

En un estudio en el cual tenemos como meta la obtención de datos "duros", o sea confiables y exactos, debemos comenzar por una crítica de nuestro trabajo. En los datos hay subregistro y alguna proporción de inconsistencias numéricas, lo cual plantea la necesidad de contratar personal diferente, más capacitado y en número mayor al actual, para el trabajo futuro. Si se tiene en cuenta, sin embargo, que el proceso total significa la captación y el **registro manual de varios millones de datos**, podría aceptarse que este primer año deja datos bastante aproximados, ya que la pérdida de información está alrededor del 4%, fluctuando entre 0 y 16.1%, según el parámetro estudiado. (Cuadro No. 1).

Los datos actuales constituyen una línea de base y pertenecen a una fase descriptiva básica de los eventos ocurridos en nuestro Servicio. En los próximos años tendrá que venir un análisis completo de las múltiples variables correlacio-

nadas entre sí, realizado con un programa de computación diseñado específicamente para este trabajo.

**Cuadro No. 1**

**PORCENTAJE DE FALLAS  
EN LA CONFECCION DE LA HCP  
Y EN EL VOLCADO Y CONTAJE  
DE LOS DATOS (REP)**

	HCP	REP
Estado Civil	16.1	0
Edad Materna	0.1	0.4
Instrucción de la Embarazada	1.7	0.6
Ocupación de la Embarazada	1.4	0
Instrucción del Cónyuge	13.1	-
Ocupación del Cónyuge	3.5	0
Vivienda del Cónyuge	2.0	16.3
Gestaciones Previas	1.1	-
Hábito de Fumar	4.2	0
Intervalo Intergenésico	3.1	0.2
Peso anterior al Embarazo	-	-
Talla Materna	-	-
Edad Gestacional a la 1ª Consulta	8.8	0
Número de Controles Prenatales	9.0	0
Presentación	0.5	4.6
Nº de Fetos	0.5	4.6
Patología del Embarazo	0	0
Edad Gestacional al Parto	0.7	7.1
Iniciación del Parto	2.3	0.3
Anestesia	0.1	1.0
Terminación del Parto	0	9.1
Sexo del Recién Nacido	4.3	3.1
Tiempo RM-Parto	14.5	3.5
Días de Hospitalización	-	-
Índice de Apgar 1 min.	1.3	9.3
Índice de Apgar 5 min.	0.9	10.0
Personal que atendió al R.Nacido	1.2	9.5
Peso del R.N.	1.1	10.0
Patología Neonatal	-	9.2
Puerperio	0	4.2

**Caracterización Socio-Económica  
de la población atendida**

El análisis de los cuadros 2 a 8 muestra una población con factores de riesgo propios del nivel económico al que pertenece. Sin entrar en un detalle pormenorizado que se deja intencionalmente a cargo de los lectores del informe, pueden citarse como ejemplos que sólo 1 de cada 5 mujeres atendidas tienen una relación legal con su cónyuge; que la

**Cuadro No. 2****ESTADO CIVIL**

	n	%
Unión Libre	3.816	46.6
Casadas	1.750	21.4
Solteras	1.254	15.3
Separadas	32	0.4
Viudas	11	0.14
Divorciadas	3	0.04
No Info	1.315	16.1

Σn 8.181

**Cuadro No. 3  
EDAD MATERNA**

	n	%
< 15	54	0.7
15 - 19	1.945	23.9
20 - 24	2.709	33.2
25 - 29	1.619	19.9
30 - 34	991	12.2
35 - 39	607	7.4
40 - 44	191	2.3
≥ 45	22	0.3
No Info	11	0.1

Σn 8.149

**Cuadro No. 4****INSTRUCCION DE LA EMBARAZADA**

	n	%
Analfabeta	423	5.2
Primaria Incompleta	2.784	34.3
Primaria Completa	1.799	22.1
Secundaria Incompleta	2.637	32.4
Secundaria Completa	263	3.2
Universitaria Incompleta	78	0.9
Universitaria Completa	12	0.1
No Info	129	1.7

Σn 8.125

cuarta parte es menor de 20 años; que la casi totalidad (94%) no ha completado el segundo ciclo de educación básica; que cerca del 90% no tiene trabajo remunerado y que la mitad de esa población debe compartir su habitación con dos o más personas. Se destaca además, que entre los cónyuges declarados, si bien se observa una muy ligera ventaja en la educación (75% sin completar el segundo ciclo), hay un 5% de desocupados y un 30% sin ocupación estable.

**Cuadro No. 5**

**INSTRUCCION DEL CONYUGE**

	n	%
Analfabeta	202	2.9
Primaria Incompleta	1.496	21.7
Primaria Completa	1.347	19.5
Secundaria Incompleta	2.153	31.3
Secundaria Completa	552	8.0
Universitaria Incompleta	201	2.9
Universitaria Completa	36	0.5
No Info	904	13.1
$\Sigma n$	6.891	

**Cuadro No. 6**

**OCUPACION DE LA EMBARAZADA**

NO REMUNERADA		
	n	%
Hogar, Sin ayuda	5.961	72.9
Hogar, Con ayuda	1.707	20.9
No trabaja	396	4.8
No Info	115	1.4
$\Sigma n =$	8.179	

**REMUNERADA**

< 4 horas, con predominio de actividad física	232	2.9
> 4 horas, con predominio de actividad física	657	8.1
< 4 horas, con predominio de actividad psíquica	6	0.1
> 4 horas, con predominio de actividad psíquica	22	0.3
Sin Trabajo Remunerado	7.065	87.2
No Info	115	1.4
$\Sigma n =$	8.097	

**Cuadro No. 7**

**OCUPACION DEL CONYUGE**

	n	%
Sin Ocupación	340	4.9
Obrero No Estable	2.028	29.5
Obrero Estable	2.208	32.1
Empleado o Comerciante	1.713	24.9
Profesional o Técnico	351	5.1
No Info	239	3.5
$\Sigma n$	6.879	

**Cuadro No. 8**

**VIVIENDA**

**No. DE PERSONAS POR HABITACION**

	n	%
1	733	9.1
2	3.477	43.2
3	1.940	24.1
4	843	10.5
>5	897	11.1
No Info		2.0
$\Sigma n$	8.050	

**Gestaciones previas**

La mayoría de la población atendida está compuesta por primigrávidas (38.5%). Si a ella se suman las pacientes con uno o dos embarazos previos se observa que el 73% de la población atendida tiene familias pequeñas.

**Hábito de fumar**

El 83% de las pacientes no fuma, lo cual constituye un hábito sanitario importante en términos de bajo peso al nacer. No sería necio estudiar si esta cualidad de nuestras pacientes tiene fundamentos sanitarios, lo cual parece im-

probable dado su nivel educacional, o si sus fundamentos son económicos, lo cual parece casi evidente.

**Cuadro No. 9**  
GESTACIONES PREVIAS

	n	%
0	3.150	38.5
1	1.674	20.5
2	1.141	13.9
3	742	9.1
4	458	5.6
>5	922	11.3
No Info	92	1.1
Σn	8.179	

**Cuadro No. 10**  
HABITO DE FUMAR

	n	%
No	6.743	82.4
1-5/día	872	10.6
6-10	150	1.8
11-15	19	0.2
16-20	58	0.7
> 21	7	0.1
No Info	332	4.2
Σn	8.181	

**Intervalo intergenesico**

Si se excluye las primigrávidas, se observa que la mitad de las pacientes tienen intervalos intergenésicos iguales o mayores a 2 años. En contraste, una proporción relativamente alta (15%) inicia un nuevo embarazo en los primeros 5 meses después del parto anterior.

**Cuadro No. 11**  
INTERVALO INTERGENESICO

Meses	n	con intervalo (n = 4.764)
x Primi	3.145 (38,5%)	
0 - 5	711	14.9
6 -11	563	11.8
12-17	902	18.9
18-23	162	3.4
> 24	2.426	51.0
NO INF	252 (3.1%)	
Σn	8.161	

**Peso anterior al embarazo actual**

Este es un dato de difícil obtención según se ha observado en este estudio y estudios similares realizados en América Latina. Al parecer el 30% de las madres no conoce su peso anterior al embarazo. De todas maneras, vale la pena destacar que el 21.5% de las madres presentó pesos iguales o menores a 50 kg, lo cual constituye factor de riesgo para parto prematuro y bajo peso para la edad gestacional (Desnutrición Intrauterina).

**Cuadro No. 12**  
PESO ANTERIOR

Kg.	n	%
34 - 40	143	1.9
41 - 45	487	6.4
46 - 50	1.008	13.2
51 - 55	1.010	13.2
56 - 60	1.386	18.1
61 - 65	608	7.9
66 - 70	335	4.4
71 - 75	213	2.7
76 - 80	122	1.6
81 - 85	31	0.4
86 - 90	18	0.3
91 - 95	13	0.1
96 -100	12	0.1
NO INFO	2.281	29.7*
Σn	7.667	

**Talla materna**

El 18% presenta tallas iguales o menores a 1.49 mt. lo cual aumenta la probabilidad de desproporción fetopélvica.

**Cuadro No. 13**  
TALLA MATERNA

mt	n	%
1.30 - 1.34	13	0.2
1.35 - 1.39	60	0.7
1.40 - 1.44	371	4.5
1.45 - 1.49	1,049	12.8
1.50 - 1.54	1,970	24.1
1.55 - 1.59	1,986	24.3
1.60 - 1.64	1,265	15.5
1.65 - 1.69	420	5.1
1.70 - 1.74	87	1.1
1.75 - 1.79	34	0.4
1.80	1	-
NO INFO	925	11.3

Σn 8.181

**Edad gestacional a la primera consulta prenatal**

Se destaca que 1 de cada 4 pacientes no tiene control prenatal ni en nuestra Institución, ni fuera de ella, lo cual constituye una cifra extremadamente alta. La mayoría de las pacientes que sí lo tuvieron (60%) consultaron precozmente, o sea en los dos primeros trimestres del embarazo. La mayoría tuvo entre 4 y 6 consultas de control. (Cuadro No. 15).

**Presentación y número de fetos**

Estos datos corresponden con lo observado generalmente en los servicios de obstetricia y de ellos nos interesa especialmente la proporción de presentaciones podálicas (9%) y de embarazos múltiples (2%), ya que entre ellos podría existir patología evitable mediante la

implantación de normas institucionales de atención. (Véanse cuadros 16 y 17).

**Cuadro No. 14**  
EDAD GESTACIONAL A LA PRIMERA CONSULTA PRENATAL

meses	n	%
NINGUNA	1.973	24.1
1	718	8.8
2	973	11.9
3	1,092	13.4
4	979	12.0
5	621	7.6
6	509	6.3
7	356	4.3
8	217	2.6
9	18	0.2
NO INFO	720	8.8

Σn 8.176

**Cuadro No. 15**  
NUMERO DE CONTROLES PRENATALES

n	n	%
0	1.973	24.1
1	157	1.9
2	454	5.6
3	663	8.1
4	950	11.6
5	903	11.1
6	975	11.9
7	525	6.4
8	420	5.1
9	425	5.2
No Infp	734	9.0

Σn 8.179

**Patología en embarazo**

En este parámetro no hubo pérdida significativa de datos, ni en la elaboración

de la historia, ni en el volcado de la misma al resumen estadístico perinatal, lo cual hace su estudio confiable.

**Cuadro No. 16**  
PRESENTACION

	n	%
Cefálica	6.961	89.2
Podálica	733	9.4
Transversa	73	0.9
No Info	40	0.5

Σn 7.807

**Cuadro No. 17**  
NUMERO DE FETOS

	n	%
1	7.598	97.3
2	165	2.1
3	1	0.01
No Info	40	0.5

Σn 7.807

Se observa en primer lugar que la gran mayoría de los casos (79%), presenta patología durante el embarazo. Esta cifra está aumentando ya que en un estudio interno realizado en 1978 era del 62%. Posiblemente esta concentración de patología sea el resultado de una razonable utilización del sistema de referencia de pacientes desde la periferia. Si agregáramos en este estudio factores de riesgo, como: edad, paridad, educación, peso y talla, posiblemente la totalidad de la muestra podría ser clasificada como de alto riesgo obstétrico.

La distribución de la patología sigue las proporciones características de un país subdesarrollado (Infección, Hiper-

tensión y Hemorragia), pero con algunas particularidades, que se destacan a continuación:

a) Una elevada e inexplicable proporción de rotura prematura de las membranas

**Cuadro No. 18**  
PATOLOGIA DEL EMBARAZO

	n	%	n	%
Con Patología	6.461	79.0		
Sin Patología	1.717	21.0		
No Info	3			
Σn	8.181		1.809	22.1
1. INFECCION	n	%*		
Infección Urinaria	893	10.9		
Aborto Infectado	412	5.0		
Sepsis Puerperal	252	3.1		
Amnionitis	126	1.5		
TBC Pulmonar	35	0.4		
Paludismo	3	-		
Otras	88	1.1		
2. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS			1.774	21.7
3. HIPERTENSION	n	%*	n	%*
Inducida por el Embarazo			869	10.6
-Preclampsia Leve	233	2.8		
-Preclampsia Severa	590	7.2		
-Eclampsia	46	0.6		
Crónica			394	4.8
-Con I.P.E. Agregada	50	0.6		
4. DESPROPORCION FETO-PELVICA			593	7.2
5. HEMORRAGIA	n	%*	581	7.1
Amenaza de Aborto	44	0.5		
Aborto Incompleto	158	1.9		
Embarazo Ectópico	94	1.1		
Embarazo Molar	27	0.3		
Abruptio Placentae	150	1.8		
Placenta Previa	88	1.1		
Rotura Uterina 2°Trim.	20	0.2		
6. AMENAZA DE PARTO PREMATURO			376	4.6
7. INCOMPATIBILIDAD Rh			299	3.7
8. EMBARAZO PROLONGADO			182	2.2
9. CESAREA PREVIA			177	2.1
10. RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL			81	1.0
11. DIABETES MELLITUS			44	0.5
12. CARDIOPATIA			36	0.4
13. POLIHIDRAMNIO			29	0.3
Σn			7.244	

\* sobre las 8.181 pacientes

\* sobre las 8.181 pacientes

ovulares, aparece ocupando el segundo lugar (21.7%) entre la patología observada. Este dato merece un estudio más detallado que nos permita ubicar tanto la procedencia de estos casos como sus posibles causas, ya que podría existir un componente iatrogénico. La proporción de esta patología es menor del 10% en la mayoría de las maternidades consultadas.

b) La infección ocupa el primer lugar y entre ellas ocupan los primeros lugares: la infección urinaria (11% del total de la patología) el aborto séptico (5%) y la sepsis puerperal (3%).

Han reaparecido casos de paludismo.

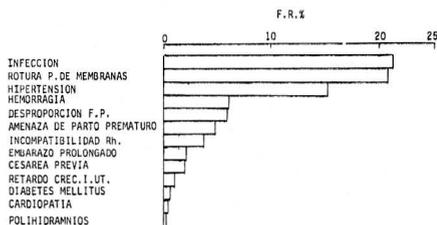
c) La hipertensión arterial, bien sea inducida por el embarazo (toxemia) o bien sea crónica, parece conservar proporciones similares a las cuantificadas ocasionalmente en los últimos 20 años.

d) Entre las hemorragias sigue ocupando un lugar destacado el aborto. Estos datos sólo se refieren a aquellos casos que requieren hospitalización, ya que la mayoría de los casos se maneja ambulatoriamente.

e) Existe una elevada proporción de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada. En el Hospital Pereira-Rossel de Montevideo y en la década del 50, aparecía un caso por año y en esta serie observamos un caso cada 2 1/2 días.

f) Se pone en evidencia una elevada proporción de roturas uterinas. Este es un indicador muy sensible de calidad de atención obstétrica y está prácticamente eliminado de los servicios modernos de obstetricia. Entre nosotros se registran aproximadamente dos roturas uterinas por mes. Se estudiará con mayor detalle para deslindar aquellos casos que ocurrieron fuera de la Institución, ya que es un dato fundamental de auditoría médica.

**Gráfico No. 1**  
PATOLOGIA MATERNA



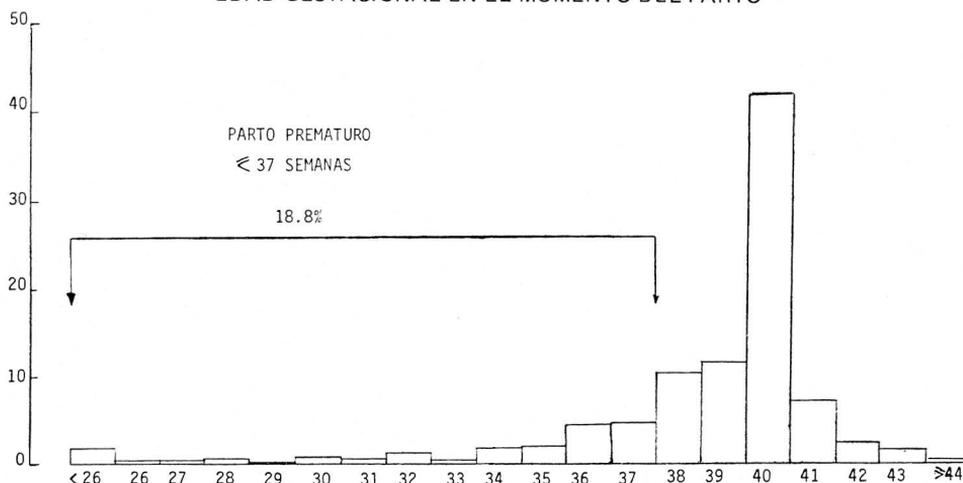
**Cuadro No. 19**  
EDAD GESTACIONAL  
AL PARTO O ABORTO

Semanas	n	%
< 26	126	1.7
26	20	0.2
27	19	0.2
28	44	0.6
29	9	0.1
30	74	0.9
31	34	0.5
32	105	1.4
33	49	0.6
34	128	1.7
35	139	1.8
36	342	4.5
37	351	4.6
38	783	10.3
39	857	11.4
40	3.159	41.6
41	526	6.9
42	480	6.3
43	186	2.5
44	111	1.5
No Info	57	0.7

Σn 7.599

**Gráfico No. 2**

**EDAD GESTACIONAL EN EL MOMENTO DEL PARTO**



**Edad gestacional en el momento del parto**

Como hecho importante debe destacarse que el 19% de los nacimientos ocurre prematuramente, o sea, antes de la semana 38.

No conocemos la proporción exacta de casos en los cuales la prevención del parto prematuro sea posible dentro de la Institución, ya que solo el 4.6% de los casos atendidos (Cuadro No. 18) tuvieron el diagnóstico de amenaza de parto prematuro. Sin embargo, tenemos la impresión de que la mayoría de estos casos puede ser prevenida mediante la supervisión estricta de las normas del programa hospitalario de prevención de parto prematuro.

Una proporción de partos prematuros tiene indicación médica de interrupción del embarazo antes del término (toxemia, hemorragia, infección, etc.). Como muchos otros de los parámetros en estudio, éste exige diferentes cruces para

establecer cuales son los casos evitables aplicando el programa de prevención mencionado.

Alrededor del 2% de los casos muestra diagnósticos de embarazos prolongados de los cuales, solo la decima parte corresponde a fetos postmaduros.

**Cuadro No. 20**

**FORMA DE INICIACION DEL PARTO**

	n	%
Espontáneo	7,173	88,0
Inducido	660	8,0
Estimulado	137	1,7
NO INFO	186	2,3

Σ n 8,156

**Forma de iniciación del parto**

Aproximadamente el 90% de los partos se inició espontáneamente y el 10% fue inducido o estimulado. Estas cifras muestran una cierta tendencia interven-

cionista en nuestro servicio si se los compara con los datos informados en otras maternidades de América Latina y de nuestro país.

### Cuadro No. 21

#### ANESTESIA PARA EL PARTO O LA CESAREA

	n	%
Ninguna	3.396	42.0
Perineal	2.411	29.7
Peridural	1.063	13.1
General	873	10.8
Pudenda	314	3.9
Raquidea	31	0.4
NO INFO	13	0.1
$\Sigma$ n	8.101	

### Anestesia para el parto o la cesárea

El 42% de los casos no recibió anestesia, una tercera parte (30%) recibió anestesia perineal y el resto anestesia general o peridural (en proporciones comparables) para la práctica de operaciones cesáreas.

### Cuadro No. 22

#### FORMA DE TERMINACION DEL EMBARAZO

	n	%
PARTO ESPONTANEO	5.338	71.8
Pres. Cefálica	5.309 (71.4%)	
Pres. Podálica	29 (0.4%)	
OPERACION CESAREA	1.804	24.3
Cesárea Electiva	75 (1.0%)	
Cesárea Intraparto	1.729 (23.3%)	
APLICACION DE FORCEPS	264	3.6
Forceps Bajo	232 (3.1%)	
Forceps Medio	32 (0.4%)	
EXTRACCION PODALICA	20	0.3
NO INFO	7	-
$\Sigma$ n	7.433	

### Forma de terminación del embarazo

El 76% de los casos tuvo parto vaginal con muy bajas proporciones de aplicación de forceps y de extracción podálica.

El 24% terminó en operación cesárea lo cual representa un índice muy alto si se le compara con los pocos datos disponibles en algunos años anteriores. En términos muy generales puede decirse que la práctica de la operación cesárea ha ido aumentando desde (8%) hace 20 años hasta las cifras actuales. Es innegable que la inserción de algunas tecnologías de monitorización materna y fetal ha inducido un aumento del parto intervenido. En este parámetro es absolutamente indispensable estudiar el impacto del procedimiento sobre la mortalidad perinatal y sobre el estado del recién nacido, cruzando los datos obtenidos en este estudio. Hasta el momento no tenemos ninguna información sobre aspectos tan fundamentales como los enumerados atrás, a pesar de que el incremento mayor de la operación cesárea se dio hace ya 6 años.

### Sexo del recién nacido

Llama la atención una alta proporción de falta de información en un dato tan obvio como éste. Posiblemente se deba a falta de registro en los recién nacidos por operación cesárea.

### Tiempo entre la rotura de membranas y el parto

En menos de la mitad de los casos (44%) el lapso entre la rotura y la ex-

### Cuadro No. 23

#### SEXO DEL RECIEN NACIDO

	n	%
Femenino	3.641	45.9
Masculino	3.953	49.8
NO INFO	336	4.3

$\Sigma$  n 7.930

**Cuadro No. 25**  
DIAS DE HOSPITALIZACION

	0 - 1		2 - 3		<4		n
	n	%	n	%	n	%	
Parto	3.890	66.7	1.675	28.7	264	4.6	5.829
Cesárea	144	8.0	1.348	74.8	311	17.2	1.803
Aborto	193	35.4	285	52.0	70	12.8	548
E. Ectópico	11	11.1	74	74.7	14	14.2	99

**Cuadro No. 24**  
TIEMPO ENTRE LA ROTURA  
DE LAS MEMBRANAS Y EL PARTO

HORAS	n	%
< 1	3.372	44.0
2 - 5	1.184	15.5
6 - 23	1.496	19.5
> 24	502	6.5
NO INFO	1.104	14.5
Σ n	7.658	

pulsión del feto fue igual o menor a una hora, lo cual reduce las posibilidades de complicaciones fetales.

#### Días de hospitalización

En términos generales se observan hospitalizaciones muy cortas para el parto y un poco mayores para los procedimientos quirúrgicos.

#### Índice de Apgar

La proporción de recién nacidos deprimidos (Apgar < 6 al minuto de vida) es muy alta (12%). En 4 centros asistenciales de Medellín es 7.5% y en una maternidad de Buenos Aires 8%, utilizando el mismo modelo de historia clínica.

A los 5 minutos de vida la proporción de niños deprimidos sigue siendo alta (3.35%) si se le compara con los mismos centros (1.7% y 2%, respectivamente). (2, 3).

#### Atención inmediata del recién nacido

El 60% de los partos fueron atendidos por internos (43%), estudiantes (14%) y auxiliares de enfermería (2%). Los residentes de Obstetricia y Pediatría atendieron el 27% de los mismos, cifra sospechosamente comparable a la de operaciones cesáreas. Se impone estudiar los resultados perinatales de estos grupos ya que una hipótesis razonable es que nuestras elevadas proporciones de depresión neonatal y de mortalidad perinatal pueden estar relacionadas con este tipo de atención. No parece lógico que una

**Cuadro No. 26**  
INDICE DE APGAR

	AL MINUTO		A LOS 5 MINUTOS	
	n	%	n	%
0	64	0.8	65	0.9
1 - 3	265	3.6 (4.4%)	58	0.8 (1.7%)
4 - 6	647	8.7	177	2.5
> 7	6.352	85.6	6.977	94.9
NO INFO	94	1.3	65	0.9
Σ n	7.422		7.362	

población que muestra tan elevadas tasas de patología obstétrica sea atendida básicamente por personal en formación de pregrado.

**Cuadro No. 27**

## ATENCION INMEDIATA DEL NEONATO

	n	%
Interno	3.215	43.4
Residente de Obstetricia y Ginecología	1.122	15.1
Estudiante	1.050	14.2
Residente de Pediatría	873	11.8
Médico de Planta	652	8.8
Enfermera	202	2.7
Auxiliar de Enfermería	174	2.3
Anestesiólogo	28	0.5
No Info	92	1.2

Σn

7.408

**Peso al nacer**

En la parte inferior del cuadro se ha destacado la tasa de niños de bajo peso al nacer por 100 nacidos vivos. Se observa cómo los niños con peso < 2.500 gramos constituyen el 14% de la población atendida. En un estudio realizado con este mismo modelo, en 59 maternidades de 11 países de América Latina, sólo una informa tasas ligeramente superiores a la nuestra (en Brasil, 14.8% nacidos vivos). Las 58 restantes representan tasas que oscilan entre 13.9% y 4.6% con un promedio de 9 recién nacidos de bajo peso por 100 nacidos vivos. (5).

Se sabe que el bajo peso al nacer constituye el 78% de la mortalidad neonatal precoz en las maternidades de América Latina. (5) Esto obliga a estudiar con precisión las relaciones que existen en nuestro medio, entre este parámetro y la mortalidad perinatal y plantea como indispensable el programa de detención del parto prematuro dentro del Hospital y de rastreo de los factores de riesgo de parto prematuro en los centros periféricos de Cali.

**Cuadro No. 28**

## PESO AL NACER (gr)

PESO AL NACER (gr)

	n	%
< 1.000	57	0.8
1.001 - 1.500	131	1.8
1.501 - 2.000	248	3.4
2.001 - 2.500	702	9.5
2.501 - 3.000	1.996	27.1
3.001 - 3.500	2.628	35.7
3.501 - 4.000	1.199	16.3
4.001 - 4.500	284	3.8
4.501 - 5.000	32	0.4
> 5.000	6	0.1
No Info	78	1.1

Σn

7.361 \*

	≤ 2.500	> 2.500
n	1.138	6.145
%	14.1	85.9

\*

\* por cien nacidos vivos

**Patología neonatal**

Las madres, que como vimos atrás presentaron un 79% de patología durante el embarazo, produjeron recién nacidos con sólo un 24% de patología. La mayor proporción correspondió al Síndrome de Dificultad Respiratoria que tiene posibilidades de ser disminuida desarrollando acciones tanto durante el embarazo, como el período neonatal inmediato.

El contraste entre la elevada proporción de patología materna y la relativa baja proporción de patología neonatal,

descrita atrás, podría explicarse por la existencia de patologías maternas que no afectan agudamente al feto, como por ejemplo: la infección urinaria, la mayoría de las roturas prematuras de membranas y otras. Sin embargo, insistimos en la necesidad de realizar cruces entre la patología materna y el resultado neonatal, para establecer relaciones causales.

**Cuadro No. 29**  
**PATOLOGIA NEONATAL**

	n	%	% PAT. MATERNA
Con Patología	1,805	24.0	79.0
Sin Patología	5,626	76.0	21.0
Σ n	7,431		

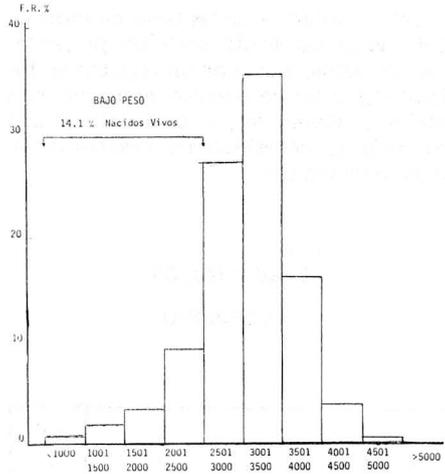
Síndrome de Dificultad Respiratoria	524
Infección No Resp.	133
Anomalías Congénitas	105
Isotmización Rh	98
Hiperbilirrubinemia	82
Postmadurez	17
Hemorragia Intracraneana	7
Pat. Neurológica	5
OTRAS	1,431
Σ n	2,484

**Mortalidad**

La mortalidad materna fue de 4.5 por mil nacidos vivos, cifra muy alta, aún tratándose, como se trata, de mortalidad institucional. Para comparación, se dan los datos de la década del 60, o sea hace 20 años, de la mortalidad materna en el Instituto Materno Infantil de Bogotá. Estos datos fueron calculados por nosotros tomando en cuenta el número de nacidos vivos y las muertes maternas informadas cada año.

- 1960 = 4.5 por mil nacidos vivos
- 1961 = 2.7 por mil nacidos vivos
- 1962 = 2.1 por mil nacidos vivos
- 1963 = 2.3 por mil nacidos vivos
- 1964 = 2.0 por mil nacidos vivos

**Gráfico No. 3**  
**PESO AL NACER**



La mortalidad fetal fue de 40.1 por mil nacidos vivos, también muy alta si se la compara con la misma institución, la cual fluctuó en el mismo lapso de 1960 a 1965 entre 31 y 33 por mil nacidos vivos.

La mortalidad neonatal "precoz", definiendo como tal aquella que ocurre durante el período de hospitalización neonatal, fue de 20.4 por mil nacidos vivos. Desafortunadamente, resulta casi imposible tener una cifra de mortalidad

**Cuadro No. 30**  
**MORTALIDAD**

	n	%
Materna	36	4.5°/oo
Fetal	322	40.1°/oo
Neonatal "precoz"	164	20.4°/oo

nacidos vivos : 8.027

neonatal, ya que no disponemos de los datos de sobrevivencia de los recién nacidos durante el primer mes de vida.

Debe anotarse que las tasas de mortalidad expuestas atrás podrían presentar algunas variaciones por subregistro en los datos del total de nacidos vivos, muertes fetales y neonatales, lo cual destaca una vez más la necesidad de desarrollar el sistema de registro.

Cuadro No. 31

## PUERPERIO

	n	%
Normal	7.254	92.6
Infección	252	3.2
Hemorragia	170	2.2
Otras	158	2.0
NO INFO	?	-
x n	7 836	

Las cifras descritas en este cuadro corresponden a lo que usualmente se describe en Hospitales Universitarios de países subdesarrollados.

## COMENTARIOS

1. Casi 30 años después de iniciadas las actividades académicas del Departamento de Obstetricia y Ginecología, se establece el uso de una historia clínica perinatal y un programa destinado a sistematizar toda la información médica. Este instrumento parece fundamental para:

- a) adecuar la oferta institucional de salud, a la demanda;
- b) ejercer auditoría médica y,

c) actualizar permanentemente las conductas vigentes.

2. El bajo nivel socioeconómico de la población atendida, así como su elevada proporción de patología y las altas tasas de mortalidad, operación cesárea y depresión del recién nacido, nos permiten concluir que en las actuales condiciones no es posible atender adecuadamente a las pacientes que nos son referidas.
3. Se hace indispensable mejorar mucho más los sistemas de registro y de análisis de los datos.

## RECOMENDACIONES

1. Escribir normas de atención médica para todas las entidades encontradas con este programa, priorizando aquellas que presentan la mayor proporción. Deberán distribuirse tanto a los estudiantes de pregrado, como a los de post-grado.
2. Todo el profesorado con asignaciones en las Secciones de Obstetricia y de Cuidado Intensivo Neonatal debe supervisar diariamente y con responsabilidad horaria prefijada, la confección de la Historia Clínica Perinatal.
3. Es necesaria la contratación de una persona con preparación formal en estadística médica que dirija la labor de las auxiliares de registro médico, para lograr la más alta calidad en la obtención y reducción de la Historia Clínica Perinatal.
4. El análisis de los datos puede hacerse manualmente, como se ha hecho en este trabajo. Sin embargo, no es aconsejable continuar esta práctica, debido al excesivo tiempo que requiere y a las limitaciones de exploración analítica que impone la gran cantidad de datos.

5. Por esta razón, se hace indispensable la asesoría de personal capacitado en informática tanto para participar en el montaje del programa de computación, como para supervisar los resultados.
6. La totalidad de los datos deberán ser informados con los cruces respectivos, con periodicidad mensual. Cada año se hará una publicación interna comparada, de diagnóstico de situación perinatal.
7. Con periodicidad semanal se discutirán los casos de morbimortalidad evitable con el personal involucrado y se variarán las normas que lo ameriten.
8. Se propone modificar el horario del profesorado, de tal forma que pueda brindar supervisión directa a estudiantes, internos y residentes, durante las 24 horas diarias. Sin una modificación estructural de esta magnitud no podría adquirirse el compromiso de bajar las tasas de morbimortalidad institucional.
9. Se impone realizar el mismo esfuerzo de ordenamiento en las áreas ginecológicas de los Hospitales Universitarios.
10. Todo el proceso unificado de información deberá salir hacia la periferia de los Hospitales Universitarios y abarcar los 3 niveles de atención médica que el país está desarrollando.

## REFERENCIAS

1. BELIZAN, J.M., DIAZ, A.G., GIACOMINI, H., HORCHER, R. MARTELL, M., ONETO, M., QUARANTA, P., y SCHWARCZ, R.L., Historia Clínica Perinatal. Propuesta de un modelo. Ministerio de Bienestar Social. Rep. Argentina y Organización Panam. de la Salud (OPS). 1976.

## Agradecimientos

Se agradece la colaboración del Dr. Armando González, Director General del Hospital Universitario del Valle en el período que cubre este estudio, así como la del personal docente del Departamento de Obstetricia y Ginecología y la de nuestros estudiantes de pre y postgrado, sin cuyo aporte diario, no hubiera sido posible la realización de esta fase del trabajo.

## RESUMEN

Se presentan los datos obtenidos mediante la implantación de un modelo de Historia Clínica Perinatal y la realización manual de su análisis, en 8.181 pacientes hospitalizadas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario del Valle. Este artículo es solo descriptivo y por ello solo permite algunas pocas conclusiones y recomendaciones, expuestas al final del mismo.

## SUMMARY

Basic clinical data obtained by using a precodified model for clinical records, are presented. Manual data retrieval for more than three million data corresponding to 8.181 patients admitted to the Obstetrical ward of the University Hospital, in Cali, were performed. This paper deals with a descriptive analysis of the above mentioned data.

2. DIAZ, A.G. FESCINA, R.H., COLLIA., F.C. URMAN, J., SCHWARCZ, R., GARCIA BERTONE, A., GRASSIS, M., LEZAMA, C., RAMIREZ, M., ILLIA, R., PANAL, M., HORCHNER, R. y TENZER, S.M. Diagnóstico de Situación Perinatal. Publicación Científica No. 846. CLAP-OPS/OMS. Montevideo, 1979.

3. JUBIZ, A., CARDONA, L.E., RESTREPO de RAMIREZ, L., MANOTAS R.J., HALPERT D., MURILLO, O., CALLEJAS, J.M., SALAZAR, J.C., SIERRA, A. y CASAS, N. Diagnóstico de Situación Perinatal. XIV Congr. Col. Obstet-Ginecol. Cartagena. 1981.
4. JUBIZ, A. Embarazo Gemelar. Rev. Col. Obstet-Ginecol. 35: 193, 1984.
5. SCHWARCZ, R., DIAZ, A.G., FESCINA, R., DIAZ ROSELLO, J.L., BELITZKY, R. y MARTELL, M. El bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal en maternidades de América Latina. Publicación Científica No. 975. CLAP-OPS/OMS. Montevideo, 1982.