



República Bolivariana de Venezuela
Universidad de Carabobo
Postgrado de Obstetricia y Ginecología.
Sede Hospital Central de Maracay



REVISION DE LA MORBILIDAD OBSTETRICA DE LAS PACIENTES QUE INGRESAN A LA
EMERGENCIA DEL SERVICIO AUTONOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY.
ESTADO ARAGUA 2012.

Proyecto de Trabajo de Investigación especial de grado para optar al Título de Especialista
en Ginecología y Obstetricia y Ginecología, Universidad de Carabobo. Sede Hospital Central
de Maracay.

Dra. Hercy Geraldine Rojas Muñoz.
TUTOR: Dra. Mercedes Herrera.

Maracay, noviembre 2015



ACTA DE DISCUSIÓN
TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 29 literal "N" del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Especialización titulado:

"REVISION DE LA MORBILIDAD OBSTETRICA DE LAS PACIENTES QUE INGRESAN A LA EMERGENCIA DEL SERVICIO AUTONOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. ESTADO ARAGUA 2012"

Presentado para optar al grado de **ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA** por la aspirante:

HERCY GERALDINE ROJAS MUÑOZ
C.I. 19.503.062

Habiendo examinado el Trabajo de Especialización presentado, decidimos que el mismo está

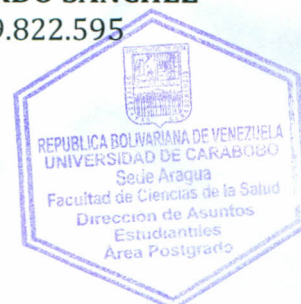
APROBADO

En Maracay, a los veintiocho días del mes de Noviembre del año dos mil quince.

DRA. CARLEN GIMON
C.I.: 9.437.030

DRA. LIGIA CASTRO
C.I.: 3.937.488

Dr. GERARDO SANCHEZ
C.I.: 9.822.595



**REVISIÓN DE LA MORBILIDAD DE LAS PACIENTES QUE INGRESAN A LA
EMERGENCIA OBSTETRICA SERVICIO AUTONOMO SEDE HOSPITAL CENTRAL DE
MARACAY. ESTADO ARAGUA. 2012**

Autora: Dra: Hercy Geraldine Rojas Muñoz

Resumen

El término de morbilidad según la Organización Mundial de la Salud es toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar. Es conveniente conocer las patologías de las pacientes que acuden a la emergencia obstétrica del Hospital Central de Maracay Estado Aragua. Durante el año 2012 caracterizando su morbilidad, su evolución mientras se encuentran hospitalizadas y resultados perinatales de sus recién nacidos. Para lo cual se identifican las características epidemiológicas, clasifican procedencias según su centro de referencia, categorizan las mismas según su riesgo al ser referidas, identificar los diagnósticos de ingreso y de egreso, evidencian cuales son las 10 morbilidades más frecuentes y determinar resultados perinatales de los recién nacidos. Una investigación, descriptiva retrospectiva de corte transversal de las historias médicas de las pacientes. Los datos se recogieron en un instrumento, se agruparon en tablas y el análisis se realizó con Excel 2010, análisis estadístico con el programa SPSS v20.0. **Resultados:** diagnóstico de ingreso más frecuente trabajo de parto o resolución obstétrica por cesárea anterior (20.15%), la morbilidad más frecuente al ingreso fue la del trastorno hipertensivo del embarazo (6.97%), al egreso, post operatorio de cesárea segmentaria seguido del puerperio de parto simple en primer lugar como diagnósticos más frecuente (22.4%), morbilidades al egreso trastornos hipertensivos del embarazo (9.9%), resultados neonatales de 3.3% de mortalidad. Los trastornos hipertensivos del embarazo se realzan como protagonistas por lo que se concluye la creación de una unidad especial de pacientes con dicha patología para su seguimiento oportuno.

Palabras clave: Morbilidad Materna, Embarazo, Frecuencia, Hospital.

Review morbidity of patients admitted to the emergency obstetrical service Maracay Central Hospital. State Aragua. 2012

Author: Dr.: Hercy Geraldine Rojas Muñoz

Summary

The term morbidity according to the World Health Organization is all subjective or objective deviation of a welfare state. It is useful to know the conditions of the patients who come to emergency obstetric Central Hospital of Maracay Estado Aragua. During 2012 characterizing their disease, its evolution while they are hospitalized and perinatal outcomes of their newborns. For which the epidemiological characteristics are identified, classified according to their origins referral center, categorize them according to their risk to be referred, know diagnoses entrance and exit, which are evidenced by the 10 most frequent morbidities and determine perinatal outcomes newborn. Research, cross-sectional descriptive retrospective of medical records of patients. Data were collected on an instrument, they were grouped into tables and analysis was performed using Excel 2010, statistical analysis with SPSS v20.0. Results: most common admission diagnosis labor or obstetric resolution before (20.15%), the most frequent cesarean morbidity income was hypertensive disorder of pregnancy (6.97%) at discharge, postoperative segmental cesarean followed postpartum Simple first delivery as the most frequent diagnoses (22.4%), morbidity at discharge pregnancy hypertensive disorders (9.9%), neonatal outcomes of 3.3% mortality. Hypertensive disorders of pregnancy are highlighted as protagonists at that creating a special unit for patients with this disease for appropriate follow-up is concluded

Keywords: Maternal Morbidity, pregnancy, frequency, Hospital.

INTRODUCCION.

El término de morbilidad según la Organización Mundial de la Salud es toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar, es decir de un estado de salud.(1), basado en esta definición el presente estudio está enfocado en el entorno materno y de la morbilidad diaria del centro de salud más importante del Estado Aragua, el Sede Hospital Central de Maracay, (SAHCM) el cual es un hospital tipo IV punto de referencia tanto para los distintos centros asistenciales del mismo estado como para los demás estados centrales de Venezuela como los son Carabobo, Guárico entre otros. Partiendo de lo antes expuesto se define la morbilidad de las mujeres que se encuentran en estado de gravidez o morbilidad materna la que contiene todas aquellas afecciones físicas o psicológicas propias del embarazo, así como también aquellas preexistentes que pueden llegar a empeorar con el estado, también lleva consigo en las que se incluyen las complicaciones que puede tener la embarazada posterior a la gestación hasta los 42 días post parto, patologías estas que tienen que ver también con los resultados del desenlace del binomio madre feto y la salud que tendrá este último.(2)

Hasta hace poco en la mayoría de los países el único indicador de los resultados nacionales de la salud materna era la tasa de mortalidad materna (3). Sin embargo, cuando se desea trabajar en base a las prioridades y diseñar intervenciones eficaces para mejorar la salud materna y fetal, la participación de la morbilidad de mujeres gestantes, requiere ser definida, estimada y los factores de riesgo deben ser identificados en cada hospital, para descubrir así las primeras causas de morbilidad materna y prestar especial atención a estas por parte de los diferentes entes gubernamentales de salud. En Estados Unidos organizaciones como "Iniciativa de Maternidad Segura" dicta entre sus prioridades: lo que se habla anteriormente. (4)

En un foro mexicano realizado en el año 2011 se clasifico la morbilidad materna al igual que la mortalidad materna en dos vertientes, causas directas de morbilidad y mortalidad materna que se definen como: aquéllas debidas a complicaciones obstétricas del estado grávido-puerperal por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o una serie de eventos resultantes de los anteriores, como puede ser: hemorragia, preeclampsia-

eclampsia, infección, anestesia, etc. Por su parte, las causas indirectas se refieren a: aquéllas resultantes de una enfermedad preexistente o que se desarrolla durante el embarazo, no debida a causas obstétricas directas, pero que fue agravada por los efectos fisiológicos de la gestación

Se definen también como causas más frecuentes de morbilidad materna en México, La hemorragia obstétrica: como el síndrome anémico, los procesos infecciosos y/o sépticos durante y después de la resolución del embarazo: enfermedad pélvica inflamatoria, lesiones en órganos reproductivos y adyacentes, un parto prolongado u obstruido: ruptura uterina, desgarros vaginales, lesiones nerviosas, estado hipertensivo asociado al embarazo: hipertensión crónica, preclamsia. Las secuelas de un aborto realizado en condiciones de riesgo: infección del canal reproductivo, lesiones del útero, todas estas lesiones que pueden ser antesala a la mortalidad materna (5). Cuando se habla de morbilidad materna en estrecha relación a la mortalidad materna, surge también a nivel mundial la definición de lo que es la morbilidad materna extrema, que es definida por el Comité de Mortalidad materna FLASOG. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, abril 2011 como las complicaciones graves que ocurren durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.

En este estudio que habla respecto a la morbilidad materna extrema donde se hacen evaluaciones a diversos hospitales de Latinoamérica, como lo son Argentina Hospital Argerich, Buenos Aires, Bolivia Maternidad Percy Bolland, Brasil H. de Clínicas de la Universidad Federal Do Rio Grande Do Sul, Puerto Alegre, Colombia Hospital Universitario San Vicente de Paul, Medellín 175 (56,6%) Cuba Hospital Eusebio Hernández, La Habana, Ecuador Hospital Carlos Andrade Marín, Quito Perú, Rep. Dominicana Hospital San Lorenzo de los Mina, Sto. Domingo 24 (31,6%) 76 (8,0%), Venezuela Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara, Puerto Cabello. Se evidencio que las causas de morbilidad materna más frecuentes son los trastornos hipertensivos con 45.8%, en segundo lugar las hemorragias post parto 18.0%, en tercer lugar los abortos con complicaciones con 16.5%, en cuarto lugar las hemorragias de segundo y tercer trimestre con 5.6% y en quinto lugar la sepsis no obstétrica con 5.5%.(6)

Es evidente que la mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, constituye un grave problema de salud pública, que revela algunas de las más profundas inequidades en las condiciones de vida; asimismo, es un reflejo del

estado de salud de las mujeres en edad reproductiva, así como de su acceso a los servicios de salud y calidad de la atención que reciben.(7)

En vista de que uno de los indicadores de salud de los países por excelencia es la mortalidad materna, es menester dejar en claro que realmente, las muertes maternas se han descrito como la punta del iceberg y la morbilidad materna como la base. Por cada mujer que muere por causas relacionadas con el embarazo, otras 20 o 30 gestantes, experimentan morbilidad aguda o crónica, a menudo con secuelas permanentes que socavan su calidad de vida. Estas secuelas pueden afectar la salud física, mental o sexual de las mujeres, su capacidad para funcionar en ciertos dominios (por ejemplo, la cognición, la movilidad, la participación en la sociedad), y esto puede llevar a afectar su condición social y económica. No es sorprendente que la carga de la morbilidad materna - como el de la mortalidad materna – sea más alta en los países con mediana a baja capacidad de ingresos, especialmente entre las mujeres más pobres. (8)

Estudiando el verdadero impacto de la morbilidad materna a nivel mundial se evidencia que, la carga de morbilidad materna es todavía incierta, sin embargo. Las estimaciones existentes y los cálculos no se basan en métodos estándar, bien documentados y transparentes. Estos métodos no son muy útiles y tienen escasa validez para orientar acciones encaminadas a abordar el problema de la morbilidad materna. La principal de las razones de la dificultad para medir con precisión la morbilidad materna es la falta de una definición común y de criterios de identificación estándar. Este problema se ve agravado por la inexactitud de los registros vitales debido a los sistemas de información de salud inadecuados.(8) el cual conduce también a evidenciar una de las limitantes del trabajo en vista de que existe muy poca información en los bancos de datos como lo son las revistas más importantes americanas y latinoamericanas de medicina donde principalmente se encuentran trabajos acerca de mortalidad materna y no de morbilidad materna, otra limitante a la hora de la recolección de los datos epidemiológicos de las pacientes es el evidente mal llenado de las historias clínicas donde se evidencia por la rapidez con la que son realizadas no se toma en cuenta en muchos casos los ítems donde se coloca datos socio epidemiológicos tales como el grado de instrucción de la paciente, el estado civil entre otros, y en muchos casos tampoco están reflejados en las mismas los hábitos psicobiológicos.

Por lo antes descrito, diversas iniciativas a nivel mundial como el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS - incluyendo el PNUD / FNUAP / UNICEF / OMS /, Banco Mundial Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana con apoyo de la fundación de Melinda y Bill Gates realizan este tipo de investigación con similares objetivos en países de bajos recursos con el fin contribuir sustancialmente a mejorar la salud materna, proporcionando puntos de referencia de mejor calidad. Los datos precisos y confiables permitirán la mejora global, regional y de toma de decisiones a nivel local, optimizar la asignación de recursos y una mejor planificación de las intervenciones para reducir la morbilidad materna y, de manera indirecta, la mortalidad materna también.(8)

Al hacer énfasis en Venezuela se cuenta que existe una cantidad mínima de trabajos acerca de las morbilidades que afectan a la paciente embarazada, un estudio realizado por el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" fue el más relevante el cual arroja como resultado que las morbilidades más frecuentes fueron las propias del embarazo, seguidas por las patologías asociadas al embarazo y por ultimo patologías ajenas al embarazo (9)

Siguiendo con la descripción de la problemática Venezolana, de la falta de trabajos como el que a continuación se muestra se entra en tema de la descripción del lugar donde se realizara el estudio el Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay (SAHCM) fundado en el año 1972, cuenta con una Emergencia Obstétrica, que cumple con los indicadores descritos en el Manual de Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia de la OMS publicado en el 2011.(10) El mismo cuenta con una cantidad de camas arquitectónicas de 700, con un presupuesto real de 648 camas, y con una cantidad igual de camas en funcionales en la totalidad del hospital, llevado específicamente en el servicio de Ginecología y Obstetricia se cuenta con 136 camas en la emergencia obstétrica y en los pisos 2-b, 3-b y 3-a, 12 camas para el servicio de ginecología, así como en piso 2-a , 20 camas para el servicio de perinatología lo que se resumen con un total de 168 camas en la totalidad del servicio para el año 2012(11).

Al mismo tiempo esta institución de salud es centro de referencia para todo el estado Aragua sino que también para todos los estados aledaños al centro del país como lo es el Estado Carabobo, Estado Guárico, pueblos aledaños del Estado Miranda entre otros, por lo que al momento del periodo en estudio se evidencia que la cantidad de pacientes que

acudieron a esta emergencia fue de 14.536 pacientes, sobrepasando 86 veces la cantidad de cama que posee todo el servicio en 1 año, por lo que se hace notar en muchas ocasiones en el desempeño de los servicios del hospital la falta de insumos y camas en momentos críticos de la vida cotidiana de la emergencia(12). Tal como lo reseña un artículo de prensa para la fecha que “Es bien sabido que, la crisis hospitalaria en Aragua se viene dando desde ya hace varios años y se refleja no solo en problemas de infraestructura, o en la carencia de insumos y material quirúrgico, sino que alcanza áreas delicadas como pabellones lo cual muchas veces impiden el buen funcionamiento de los mismos y el servicio de neonatología al punto de tener que recibir a los recién nacidos de maneras inadecuadas los cuales sobrepasan en numero la capacidad actual del hospital”(12). Aunado a la cantidad mayor de pacientes obstétricas que son atendidas en este centro. por lo que es pertinente conocer procedencias de las pacientes que ingresan al SAHCM y si estas son referidas, cual es verdaderamente el grado de riesgo que éstas presentan, en vista que la emergencia obstétrica de un hospital tipo IV debería recibir pacientes las cuales realmente ameriten una atención de este calibre, por lo que pacientes con bajo riesgo referidas y o atendidas en este hospital estarían colaborando al colapso del funcionamiento tanto del servicio obstétrico como del servicio de neonatología y tenemos aquí la importancia de clasificar las procedencias de las pacientes según centro de referencia y categorizar grado de riesgo obstétrico de las pacientes referidas.

La iniciativa de este estudio surge también principalmente al evidenciar que el servicio de estadísticas e historias médicas del hospital nos brinda tan solo la estadística de los diagnósticos de egresos de la pacientes que acuden al hospital los cuales son muy diferentes en muchos casos a los diagnósticos de ingreso y egreso reales de las pacientes debido a que como protocolo del servicio los diagnósticos de egreso que se colocan en las historias clínicas son los que posee la misma inmediatamente después de su resolución obstétrica, lo cual estaría ocasionando un sub registro en la estadística del servicio, otro tema es que los diagnósticos colocados en el servicio de estadística del SAHCM son correspondientes a los que contempla el CIE-9 el cual es el acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena edición, publicado en 1977 por la Organización Mundial de la Salud, y cuyo fin es clasificar las enfermedades, afecciones y causas externas de enfermedades y traumatismos, con objeto de recopilar información sanitaria útil relacionada con defunciones, enfermedades y traumatismos(13), en el caso de la estadística

hospitalaria, estos diagnósticos difieren mucho con respecto a los diagnósticos que diariamente son utilizados en el servicio de emergencia obstétrica, lo cual discurre en un trabajo engorroso para el personal que muchas veces no tiene conocimiento médico necesario para discernir las diferencias entre diagnósticos, lo que da como resultado también en otro error al momento del estudio de la estadística hospitalaria(14).

Aunado a la situación otra limitante también responde a la pregunta del porque se eligió el año 2012 y no un año más reciente para realizar la investigación esto es en vista de que el servicio de estadísticas e historias médicas permite realizar trabajos de investigación que tengan que ver con estadísticas de morbilidad y diagnósticos de egreso y de ingreso hasta el año 2012 en vista de que hasta este año es que ellos cuentan con la estadística real del hospital.

Con lo expresado anteriormente se agrega también que se trata de un estudio que no se ha realizado en los últimos 10 años en la institución, por lo que atendiendo a estas consideraciones se refleja la importancia de reconocer a la morbilidad materna como problema de salud pública en el país, ya que actualmente se está utilizando como principal indicador, no solo la mortalidad materna, porque la primera es la que lleva a la otra y al ser reconocida precozmente, se contara con más capacidad de prevenir o controlar dicha morbilidad o patología más frecuente, para tal fin se plantea cumplir con los siguientes objetivos, identificar las características epidemiológicas de las pacientes que ingresan a la emergencia obstétrica de SAHCM, clasificar procedencias de las pacientes según su centro de referencia, categorizar las mismas según su riesgo al ser referidas, conocer sus diagnósticos de ingreso y de egreso de mayor frecuencia, evidenciar cuales son las morbilidades más frecuentes, y por ultimo determinar resultados perinatales de los recién nacidos de las mismas.

Materiales y métodos:

Estudio enfocado en una investigación de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, enmarcado en línea de investigación de patología médica asociada al embarazo, cuya la población fue todas las usuarias que acudieron a la emergencia obstétrica del SAHCM del estado Aragua en el tiempo comprendido entre los meses de enero a diciembre del año 2012, lo que hace un total de 14.536 pacientes datos aportados por servicio de

historias médicas del SAHCM, para el cálculo de la muestra se utiliza, las Tablas de Harvard las cuales estiman para el cálculo de una población mayor de 15000 personas y usando la fórmula para cálculo de una muestra proporcional infinita $n=Z^2 pq/e^2$ con un IC95% el cual daría un nivel de confianza del 95% con un error de más o menos 5%, justifica el uso de 387 datos que repartidos entre los 12 meses del año corresponden a 32 a 33 por cada mes, Para lograr los objetivos antes mencionados, se procede a elaborar el instrumento de recolección de datos, tipo guion que sometido a las pruebas de validez y de confiabilidad y siendo verificado por 3 expertos para su optima realización, obtención de los datos mediante la aplicación del instrumento a las historias de las usuarias que acudieron a la emergencia obstétrica del SAHCM del estado Aragua con una técnica de recolección aleatoria en la que se utilizó como base de datos la data entera de la población de pacientes ingresadas lo cual fue suministrado por el servicio de historias médicas y mediante método aleatorio por mes y con una constante de 5 se tomaron las historias por sus números, con el criterio de inclusión, que posea los datos completo, excluyendo aquella que no lo poseía, en cuyo caso se ha tomado la historia inmediatamente siguiente hasta completar la cuota estimada por mes, para su estudio posteriormente, los datos fueron ordenados en tablas tipo Excel 2010, y sometidas análisis estadístico mediante el programa SPSS v 20.0 para cálculo de frecuencia absoluta , relativa simple y acumulada para las variables y posterior a ello dichos resultados son presentados en tablas y gráficos en los cuales según corresponda se refleja herramientas estadísticas tales como, porcentaje, tasa y media para los correspondientes análisis que finalmente permiten establecer las conclusiones y recomendaciones.

Resultados:

Tabla 1, las edades comprendidas entre 12 a 43 años con un promedio de $23,04 \pm 6,37$ años cuyo grupo de edad más frecuente es de 20 a 29 años con el 47,29%, seguido del grupo de 12 a 19 años con el 35,92%, es de resaltar que estos dos grupos acumulan el 82,20% del total de la muestra en estudio. En este mismo sentido, el estado civil, soltera obtuvo el mayor porcentaje con: 55.6%, seguido de unión estable con el 31,27%, entre ambos acumulan el 86,82% de total de la muestra, es así también que como grado de instrucción secundaria completa muestra un 38.76% y un 12,66% no aporta la información por ello y sin evidencia no se pueden catalogar como analfabetas o sin escolaridad.

Tabla 2 el estado de procedencia de la mayoría fue el estado Aragua con 91.47%, haciendo énfasis en ello se evidencia que el 36.95% de las mismas son procedentes del Municipio Girardot, seguido por el Municipio Mariño con 16.28%, y posteriormente el Municipio Linares Alcántara, estos tres municipios acumulan el 68,64 %.

Tabla 1, Datos epidemiológicos y demográficos de las pacientes ingresadas en la emergencia Obstétrica del SAHCM 2012.

	Variable	f	%	% acumulado	IC95%
EDAD	12-19	139	35,92	35,92	31,14-4070
	20-29	183	47,29	83,20	42,31-52,26
	30-39	59	15,25	98,45	11,66-18,83
	>40	6	1,55	100,00	0,32-2,78
Edo. Civil	Soltera	215	55,56	55,56	50,60-60,51
	Unión estable	121	31,27	86,82	26,65-35,88
	Casada	46	11,89	98,71	8,66-15,11
	Viuda	5	1,29	100,00	0,17-2,42
Grado de Instrucción	No Aporta	49	12,66	12,66	9,35-15,97
	Primaria Incompleta	7	1,81	14,47	0,48-3,14
	Primaria Completa	44	11,37	25,84	8,21-14,53
	Secundaria Incompleta	92	23,77	49,61	19,53-28,01
	secundaria Completa	150	38,76	88,37	33,91-43,61
	Universitaria Incompleta	12	3,10	91,47	1,37-4,83
	Universitaria Completa	33	8,53	100,00	5,74-11,31
Edo. De Procedencia	Aragua	354	91,47	91,47	88,69-94,26
	Carabobo	27	6,98	98,45	4,44-9,51
	Guárico	4	1,03	99,48	0,03-2,04
	Trujillo	1	0,26	99,74	0-0,76
	Apure	1	0,26	100,00	0-0,76
	Total	387	100,00		

Fuente: Sistema de información estadística COSMO, servicio de estadísticas e historias médicas

Tabla 2: Procedencia de las pacientes por municipios del estado Aragua.

Municipio de Procedencia	f	%	% acumulado	IC95%
Girardot	143	40,40	40,40	35,28-45,51
Mariño	63	17,80	58,19	13,81-21,78
Fco. Linares Alcantara	37	10,45	68,64	7,26-13,64
Libertador	21	5,93	74,58	3,47-8,39
Sucre	18	5,08	79,66	2,80-7,37
Mario Briceño	16	4,52	84,18	2,36-6,68
Zamora	12	3,39	87,57	1,50-5,28
Ribas	10	2,82	90,40	1,10-4,55
Bolívar	8	2,26	92,66	0,71-3,81
Lamas	8	2,26	94,92	0,71-3,81
Costa de oro	6	1,69	96,61	0,35-3,04
Revenga	5	1,41	98,02	0,18-2,64
San Sebastián	2	0,56	98,59	0-1,35
San Casimiro	2	0,56	99,15	0-1,35
Camatagua	2	0,56	99,72	0-1,35
Urdaneta	1	0,28	100,00	0-0,84
Total	354	100		

Fuente: Sistema de información estadística COSMO, servicio de estadísticas e historias médicas.

Tabla 3. Sobre los antecedentes gineco-obstetricos más importantes de las pacientes, tomando en cuenta los mismos como datos epidemiológicos, se refleja las pacientes que ingresaron a la emergencia con estado de gravidez, fueron 370 del total de la

muestra correspondiendo al 95,61%, el resto acudió a la emergencia en el puerperio mediano y fue ingresada. Las edades gestacionales de las pacientes al ingreso fueron un mínimo de 5 semanas y un máximo de 41 semanas, con un promedio de $36,88 \pm 5,24$ semanas, las pacientes presentan entre 1 a 9 gestas con una media de 2 gestas al momento del ingreso, siendo las pacientes con parto el 47,31% y cesáreas el 17,31% la media respectivamente es de 2 parto anteriores y cesáreas anteriores de 1, solo el 0,78% de las pacientes manifestó como antecedente un abortos anteriores.

Tabla 3: Antecedentes obstétricos.

Variables	N	%	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad gesta ingre	370	95,61	5	41	36,88	5,24
Gestas	387	100,00	1	9	2,15	1,44
Paras	156	40,31	1	8	1,94	1,45
Cesárea	67	17,31	0	3	1,25	0,5
Aborto	57	14,73	0	3	1,19	0,51
Mola	3	0,78	1			
Ectópico	1	0,26	1			

Fuente: Sistema de información estadística COSMO, servicio de estadísticas e historias médicas

Tabla 4 y 5. En cuanto a si fueron referidas, se puede apreciar que el 50.4% de las pacientes estudiadas son referidas de diferentes centros. De igual manera evidenciando de los centros de referencias más frecuentes del Estado Aragua se obtiene entre los tres primeros lugares la red de ambulatorios del estado con un 21% de la muestra de pacientes referidas, seguida por el IVSS Carabaño Tosta del Municipio Girardot con un 20% y posteriormente la Maternidad Integral de Aragua del municipio Mario Briceño Iragorry con un 13%.

Tabla 4: Distribución de la muestra según referencia

REFERIDA	f	%	%acumulado	IC95%
NO	192	49,6	49,6	44,63-54,59
SI	195	50,4	100,0	45,41-55,37
Total	387	100,0		

Fuente: Dra. Hercy Rojas, Sistema de información estadística COSMO, servicio de estadísticas e historias médicas.

Tabla 5: Distribución de la muestra según centro de salud de referencia.

CENTRO DE REFERENCIA		f	%	IC95%
Edo Aragua	Ambulatorios de la Red Aragua	41	21,0	16,27-28,30
	IVSS Carabaño Tosta Girardot	39	20,0	15,29-27,10
	Maternidad Integral de Aragua MBI	27	13,8	9,56-19,79
	Privado	26	13,3	9,10-19,16
	Hosp. José María Vargas Sucre	14	7,2	3,78-11,44
	IVSS José Antonio Vargas Libertador	10	5,1	2,16-8,71
	Hosp. Militar Elvano Paredes Vivas Girardot	9	4,6	1,77-8,01
	Hosp. José María Benítez Ribas	8	4,1	1,40-7,29
	Hosp. José Rangel Zamora	7	3,6	1,04-6,57
	Hosp de niño Los Samanes Girardot	2	1,0	0-2,59
	Hosp. Nuestra Señora de la Caridad San Sebastián de los Reyes	1	0,5	0-1,61
	SubTotal		184	94
Fuera del estado	Hosp. Simón Bolívar Mariara	5	2,6	0,35-4,78
	Hosp. Israel Ranuare Balza Guárico	4	2,1	0,06-4,04
	Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera Carabobo	1	0,5	0-1,52
	Hosp. Univ. Ángel Larralde Carabobo	1	0,5	0-1,52
Total		195	100	

Fuente: Sistema de información estadística COSMO, servicio de estadísticas e historias médicas.

En cuanto al riesgo obstétrico presentado por las pacientes referidas al momento de ser ingresada, se puede evidenciar que las pacientes con riesgo obstétrico bajo son las que son referidas más frecuentemente con 52.8%

Tabla 6: Riesgo Obstétrico de las pacientes referidas a la emergencia obstétrica.

RIESG OBST	f	%	% acumulado	IC95%
Bajo	103	52,8	52,8	45,81-59,79
Alto	92	47,2	100,0	40,17-54,19
Total	195	100		

Fuente: Sistema de información estadística COSMO, servicio de estadísticas e historias médicas.

Se ve reflejado en la tabla 7 en cuanto a los diagnósticos de ingresos más frecuentes, los cuales se encuentran divididos entre diagnósticos obstétricos de los cuales el más frecuentes es en primer lugar el trabajo de parto con 10.85% y tasa de 108,53 partos por cada 1000 consultantes, seguida de Cesárea anterior 9,3% y tasa de 93,02 cesáreas anterior por cada 1000 consultantes, posteriormente primigesta juvenil con 8,7 % con 87,86 primigestas juvenil por cada 1000 consultantes. Del mismo modo en los diagnósticos patológicos obstétricos tenemos en primer lugar: oligoamnios con 6,72% de todas las pacientes estudiadas y una tasa de 67,18 oligoamnios por cada 1000 consultantes, seguido de embarazo mal controlado con 5,94% y tasa de 59,43 por cada 1000 consultantes, seguido por ruptura prematura de membranas con 5,17% y tasa de 51,68 por cada 1000 consultantes, al momento de evaluar diagnósticos médicos patológicos se evidencia en primer lugar infección del tracto urinario con 5,68% y tasa de 56,85 por cada 1000 consultantes, HTA crónica 4,91 % tasa de 49,8 por cada 1000 consultantes, seguido por obesidad con 2.33% y 23.3 de tasa por cada 1000 consultantes.

En la tabla 8, en cuanto a los diagnósticos más frecuentes de egresos divididos en: diagnósticos obstétricos, en primer lugar está el postoperatorio de cesárea 15,5% y tasa de 155,04 por cada 1000 consultantes, seguido de puerperio no complicado con 6,9 %, cuya tasa 69,77 por cada 1000 consultantes, y en tercer lugar en frecuencia postoperatorio de RUBA 3,6% y tasa de 36,18 por cada 1000 consultantes, cuando exploramos los diagnósticos obstétricos patológicos más frecuentes evidenciamos: en primer lugar anemia con 5,1% y tasa de 51,68 por cada 1000 consultantes, seguido de preeclampsia grave, 4,9% y tasa de 49,1 por cada 1000 consultantes, posteriormente la HTA crónica con 3,8% y tasa de 38,7 por cada 1000 consultantes, seguidamente estudiando los diagnósticos médicos más frecuentes encontramos en primer lugar infección del tracto urinario con 2%, tasa de

20.6 por cada 1000 consultantes, seguida por síndrome varicoso con 1,5% y tasa de 12,92 por cada 1000 consultantes, en tercer lugar patología tiroidea con 1.2% tasa de 12.92 por cada 1000 consultantes.

Tabla 7: Diagnósticos de ingresos y morbilidades más frecuentes.

	Nro.	Diagnóstico de ingreso	F	%	TASA
Obstétrico	1	Trabajo de parto	42	10,85	108,53
	2	Cesárea anterior	36	9,30	93,02
	3	Primigesta Juvenil	34	8,79	87,86
	4	Multiparidad	14	3,62	36,18
	5	Circular de cordón	10	2,58	25,84
	6	Gestante Tardía	9	2,33	23,26
	7	Intergenésico prolongado	8	2,07	20,67
	8	Podálico	7	1,81	18,09
	9	Parto extra hospitalario	5	1,29	12,92
	10	Variedad Posterior	1	0,26	2,58
Patologías Obstétricas	1	Oligoamnio	26	6,72	67,18
	2	Embarazo Mal controlado	23	5,94	59,43
	3	RPM	20	5,17	51,68
	4	DFP	19	4,91	49,10
	5	Anemia	19	4,91	49,10
	6	No controlado	17	4,39	43,93
	7	Preeclampsia grave	16	4,13	41,34
	8	HTA inducida Embarazo	11	2,84	28,42
	9	VPH	10	2,58	25,84
	10	Alteración de Frecuencia cardiaca fetal	9	2,33	23,26
Patologías medica	1	ITU	22	5,68	56,85
	2	HTA crónica	19	4,91	49,10
	3	Obesidad	9	2,33	23,26
	4	Patología Tiroidea	6	1,55	15,50
	5	Síndrome Varicoso	6	1,55	15,50

6	Epilepsia	4	1,03	10,34
7	Caries Dental	3	0,78	7,75
8	IRB	3	0,78	7,75
9	Seropositiva	3	0,78	7,75
10	Síndrome Ictérico	2	0,51	5,17

Fuente: Sistema de información estadística COSMO, servicio de estadísticas e historias médica, Tasa Nro. X cada 1000 consultantes

Tabla 8: Diagnósticos de egreso más frecuentes y morbilidades más frecuentes.

	Nro.	Diagnóstico de egreso	F	%	TASA
Obstétrico	1	Postoperatorio de cesárea	60	15,5	155,04
	2	Puerperio no complicado	27	6,9	69,77
	3	Postoperatorio de RUBA	14	3,6	36,18
	4	Multiparidad	7	1,8	18,09
	5	Cesárea anterior	6	1,5	15,5
	6	Embarazada	5	1,29	12,92
	7	Postoperatorio de legrado no complicado	4	1,03	10,34
	8	Primigesta juvenil	3	0,7	7,75
	9	Parto extra hospitalario	3	0,7	7,75
	10	Postoperatorio de laparotomía	2	0,5	5,17
Patologías obstétricas	1	Anemia	20	5,1	51,68
	2	Preeclampsia grave	19	4,9	49,1
	3	HTA crónica	15	3,8	38,76
	4	Puerperio complicado	13	3,3	33,59
	5	Sd. HELLP	9	2,3	23,26
	6	VPH	6	1,5	15,5
	7	HTA gestacional	5	1,2	12,92
	8	Incompatibilidad RH	5	1,2	12,92
	9	Preeclampsia leve	4	1	10,34
	10	RPM	4	1	10,34
Patologías Médicas	1	ITU	8	2	20,6
	2	Síndrome Varicoso	6	1,5	15,5

3	Patología Tiroidea	5	1,2	12,92
4	Obesidad	5	1,2	12,92
5	Insuficiencia renal crónica y aguda	4	1	10,34
6	Litiasis renal	4	1	10,34
7	Alteraciones de laboratorio	3	0,78	7,75
8	Caries dental	3	0,78	7,75
9	Epilepsia	3	0,78	7,75
10	IRB	3	0,78	7,75

Fuente: Sistema de información estadística COSMO, servicio de estadísticas e historias médica, Tasa Nro. X cada 1000 consultantes

El resultado perinatal de los recién nacidos de las pacientes atendidas en la emergencia obstétrica del SAHCM, se evidencia que de las 387 pacientes en total de la muestra se obtuvieron 366 recién nacidos dado a 5 embarazos múltiples dobles, de los cuales el 97,8% fueron recién nacidos vivos y 2.2% fueron fallecidos, también en cuanto a los RN vivos el 74.3% tuvieron alojamiento materno en conjunto y el 25.7% fue hospitalizado.

Tabla 5: condición del recién nacido

		F	%	% acumulado	IC95%
CONDICION RN	Fallecido	8	2,2	2,2	0,68-3,63
	Vivo	358	97.8	102,2	96,37-99,32
	Total	366	102		
Alojamiento en conjunto	Conjunto a la madre	266	74,9	74,9	69,53-78,64
	Hospitalizados	92	25,9	100,8	21,36-30,47
	Total	358	100,0		

Fuente: Sistema de información estadística COSMO, servicio de estadísticas e historias médicas.

Discusión

De las evidencias anteriores y basado en los datos epidemiológicos más importantes, se evidencio que las pacientes con edad comprendida entre los 20 a 29 años de

edad fueron la mayoría en discordancia con el estudio realizado en San Carlos, Cojedes, 2001-2008 por Nugged y colaboradores(15) donde la mayoría de las pacientes fueron adolescentes, la investigación actual arroja que la edad promedio de las pacientes fue de $24,59 \pm 6,63$ años, sin embargo al indagar en el trabajo citado anteriormente la edad promedio de edad de las pacientes fue de 22,6 años el cual entra en el rango descrito en la investigación actual. Se compara también con el trabajo realizado en el estado Carabobo en Puerto Cabello, Faneite y colaboradores(9) donde la mayoría de pacientes tuvieron edades similares con un grupo etario de 20-24 años, al evaluar otros datos epidemiológicos como lo es el estado civil se evidencia en los resultados que en primer lugar las pacientes fueron solteras en concordancia con el trabajo antes mencionado donde las pacientes con estado civil unión libre solteras predominaron con un 77.15%(6), lo que nos lleva a correlacionar esto a que estas pacientes obstétricas embarazadas con tempranas edades y sin hogares formales formados, lo que nos puede llevar a inferir en muchos caso la situación económica de las pacientes al evaluar el grado de instrucción de las pacientes se evidencia que 38.76% de las pacientes tuvieron grado de instrucción de secundaria completa, recalcando así el resultado que nos arroja que la mayoría de las pacientes fueron adultas en cambio al evaluar el trabajo de Nugged y colaboradores(15), donde la mayoría de las pacientes estudio primaria en vista de que las mismas eran adolescentes al momento de ser ingresadas en el centro, en un dato que llama la atención del investigador se evidencia que hubo un porcentaje 11.37% de pacientes ocupando el tercer lugar en frecuencia las cuales tuvieron grado de instrucción no documentado la información esto y por no poseer evidencia no se pueden catalogar como analfabetas o sin escolaridad, o que el dato en su momento no fue recogido por el médico que realiza el ingreso de la paciente sea así o no constituye un fallo en el llenado de historia médica.

Las pacientes tienen como procedencia en su mayoría el estado Aragua con 91.47% en discordancia con lo que se piensa que el hospital atiende gran parte de pacientes referidas de otros estados aledaños, el segundo estado en frecuencia de procedencia es el Estado Carabobo pero solo con el 6.98% de las pacientes y el Estado más lejano del centro del país de donde acudieron pacientes fue el Estado Trujillo con 0.26% de pacientes con dicha procedencia, se puede comparar este resultado con el trabajo de Faneites donde las pacientes tuvieron 62.4% de procedencia del Estado Carabobo lugar donde se encuentra la institución estudiada sin embargo llama la atención del investigador, que en dicho hospital el

cual no suele ser hospital de referencia de estados aledaños presente un porcentaje menor de pacientes que proceden del estado oriundo de este.

Al entrar en tema de los municipios se extrae que de ellos la mayoría de pacientes proceden del Municipio Girardot, seguido por el Municipio Mariño, y posteriormente el Municipio Linares Alcántara, estos tres municipios acumulan el 68,64 % de las pacientes que se atienden en este centro asistencial, pero esto también es influenciado ya que estos tres municipios son los que poseen la mayor población del estados sin embargo cada uno de estos municipios posee un centro asistencial capacitado para resolver pacientes obstétricas, en el trabajo de Faneites se evidencia en consonancia que las pacientes proceden de municipios urbanos en su totalidad con 58.28%.

En la esfera gineco-obstétrica que la atención de la dirigida a la mujeres en estado de gravidez, está dirigido en el 95,61% (n: 387) de las consultas de este servicio, y el resto de la consulta corresponde a la emergencia en el puerperio mediato. La semana gestacional en que acuden está entre como 5 semanas como mínimo un máximo de 41 semanas, con un promedio de $36,88 \pm 5,24$ semanas, este último dato llama la atención ya que se reciben a la paciente en tiempo límite de prematuridad, explica en cierto modo el hecho de ser referidas a un nivel de mayor complejidad como es el SAHCM con la finalidad de brindarles una calidad y nivel de atención de alto nivel (IV), tanto a la materna como a su producto de la concepción. En su mayoría las pacientes que acuden presentan en su mayoría 2 gestas y que en el 47,31% ha presentado un parto anterior y solo 17,31% cesáreas anterior, y solo el 0,78% de las pacientes manifestó como antecedente un abortos anteriores, la interrogante es porque son referidas a este centro pudiendo ser atendidas en otros centros, se podría decir es en pesar en el futuro recién nacido que en promedio con 36 semanas requerirá de atención neonatal y no en si a la condiciones maternas.

Cabe considerar por otra parte y en el mismo orden de ideas que el 50.4% de las pacientes son referidas de diferentes centros, claro está en su mayoría del propio estado Aragua, siendo el primeros lugares la red de ambulatorios del estado con un 21%, seguida por el IVSS Carabaño Tosta del Municipio Girardot con un 20% y posteriormente la Maternidad Integral de Aragua del municipio Mario Briceño Iragorry con un 13%, se justificaría la red ambulatoria en primer lugar por ser paciente que supera la capacidad instalada, pero siendo el IVSS Carabaño Tosta y la Maternidad Integral de Aragua quienes deberían descongestionar el IV nivel de atención más bien refieren a este centro con una proporción importante, habría que estudiar a fondo si la causas por la cual refieren son

válidas y que superan su capacidad resolutoria. Más aun en cuanto al riesgo obstétrico presentado por las pacientes referidas al momento de ser ingresada, se pudo evidenciar que las pacientes con riesgo obstétrico bajo son las que son referidas más frecuentemente lo que afirma lo antes descrito, de que si la atención de estas pacientes fuese realizada en niveles de atención de menor complejidad descongestionarían el servicio de emergencias obstétrica de este centro.

Basado en diagnósticos de ingresos más frecuentes, y al ser clasificados como diagnósticos obstétricos en primer lugar el trabajo de parto demuestra que en su mayoría son ingresadas para atención del parto, siendo la Cesárea anterior en segundo lugar, no menos importante y considerada como alto riesgo en tercer lugar las primigestas juveniles, el motivo de ingreso desde el punto de vista obstétrico refleja la factibilidad de derivar la atención del parto no complicado a la red de menor complejidad. En tal sentido en el análisis de los diagnósticos patológicos obstétricos el oligoamnios se manifiesta en el primer lugar de todas las pacientes estudiadas, hecho este que concuerda con el trabajo realizado en Hospital Prince Lara(9). Donde el 6.58% de los ingresos se debió a este mismo, sin embargo, en el trabajo antes descrito la patología obstétrica más frecuente fue la Amenaza de parto pretermino con 18.20%. Siendo dato importante el diagnostico, embarazo mal controlado como segundo lugar, es un número a considerar dado que esta condición puede traer consigo alteraciones materna o fetales que pudieron ser detectadas precozmente y atendidas a tiempo, generando así prevención de las complicaciones más temidas en el embarazo, en un tercer lugar la ruptura prematura de membranas al compararse con trabajo de Sukerman y colaboradores en la Maternidad de Valencia donde también ocupa el tercer lugar de frecuencia con 10,75%(16). Esta cifra demuestra que claramente existe una falla en el control del embarazo de las pacientes debido a que esta es una patología totalmente evitable con un buen tratamiento de las infecciones presentadas por la embarazada. Cuando se habla en una forma general el oligoamnio y la RPM son patología que debe ser manejada en este nivel IV, pero no se justificaría el hecho de embarazo mal controlado como razón de referencia a este nivel salvo que se acompañe de una causa obstétrica o fetal de emergencia.

En cuanto al diagnósticos médicos patológicos la infección del tracto urinario como más frecuente en consonancia con el trabajo realizado en Hospital Prince Lara(9) donde se ubicó en segundo lugar con 14.35%, este diagnóstico y la HTA crónica 4,91 % (tasa de 49,8 por cada 1000 consultantes), comparado con el trabajo de Nugged y Colaboradores de San

Carlos, Cojedes(15) donde las pacientes hipertensas se ubican con un 4.6% de la muestra. Esta patología y la Infección del tracto urinario son de forma imperiosa los motivos de ingresos de las patologías no obstétricas, que son principales condiciones que causan complicaciones maternas y partos prematuros. Sin embargo aparece en tercer lugar y no menos importante el diagnóstico de obesidad que nos indica el mal estado nutricional de las pacientes, aunado a esto, la gestación asociada con la obesidad tiene un incremento en las complicaciones médicas como lo son los trastornos hipertensivos del embarazo, síndrome HELLP, tromboembolismos entre otros, en trabajos realizados por la sociedad española donde reseña que las gestantes con sobrepeso u obesidad tienen un riesgo de hipertensión inducida de 3 veces superior a las embarazadas con peso normal(17)

Sin embargo en el mismo orden de ideas cuando se estudia a fondo el resultado del trabajo se observa que las morbilidades Preeclampsia Grave e Hipertension inducida por el embarazo las cuales pueden ser tratadas como trastornos hipertensivos del embarazo, suman el 6.97% quedando así en primer lugar de frecuencia en cuanto a las morbilidades obstétricas más frecuentes haciendo consonancia con la mayoría de los trabajos antes citados.

El análisis precedente comparado con los diagnósticos más frecuentes de egresos divididos de igual forma como diagnósticos obstétricos la en primer lugar está el postoperatorio de cesárea, este se justifica dado al nivel de atención que se presta (IV) , y este es seguido de puerperio no complicado, es de notar que las primera causa de ingreso se invierten al egreso claro está la atención de parto baja a segundo lugar y desciende en cuanto a proporción y la cesárea que como motivo ingreso es el 9,3 % asciende a postoperatorio de cesárea a 15,5% lo que refleja que algunos ingresos que inicialmente eran parto termina en cesáreas o que las complicaciones obstétricas o materna son resueltas de emergencia, por último en este renglón y en tercer lugar de frecuencia como diagnóstico de egreso es postoperatorio de revisión uterina bajo anestesia, lo que hace consonancia del mismo modo con un nuevo diagnostico que aparece en patologías obstétricas como lo es el puerperio complicado con retención de restos el cual ocupa un categórico cuarto lugar con 3.3% de las pacientes.

Al comparar estos resultados con los conseguidos en el sistema de estadísticas del SACHM(11). el cual se dijo anteriormente que era llevado con el sistema CIE-9 evidenciamos una total discordancia y así hacemos recalcar la importancia del trabajo en primer lugar como diagnóstico de egreso más frecuente se tiene, parto único espontaneo, sin

otra especificación con 18.7%, en segundo lugar aborto no especificado incompleto, sin complicación con 7.1%, en tercer lugar atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa con 5.8% y en cuarto lugar ruptura prematura de membranas con 4.4%, ocupando el quinto lugar de diagnóstico frecuente la preeclampsia grave como único trastorno hipertensivo que aparece en este sistema estadístico con 3.6%.

Ahora siguiendo con los resultados del trabajo en los diagnósticos de egreso obstétricos patológicos más frecuentes la anemia con 5,1% (tasa de 51,68 por cada 1000 consultantes) las cuales generalmente se deben a sangrados presentados durante la interrupción obstétrica quirúrgica o no y se infiere de la misma forma que dichas pacientes presentan niveles en el límite inferior de hemoglobina al momento del ingreso lo que estaría también en consonancia con lo fue demostrado en los apartados anteriores del control prenatal ineficiente que se realizan la mayoría de estas, le sigue los trastornos hipertensivos del embarazo como la preeclampsia grave, 4,9% (Tasa de 49,1 por cada 1000 consultantes), posteriormente la HTA crónica con 3,8% (Tasa de 38,7 por cada 1000 consultantes), el cual en comparación con estudios realizados en otras latitudes por el Comité de Mortalidad materna FLASOG. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia (7) donde se estudian gran cantidad de hospitales en toda Latinoamérica se evidencia que los trastornos hipertensivos del embarazo en todas sus modalidades son la principal causa de morbilidad de las pacientes con 45% lo que hace consonancia a el actual trabajo, y se compara de la misma forma con la morbilidad materna de todo el país el cual indica 89.6 de tasa para las pacientes que presentan trastornos hipertensivos del embarazo(18), cabe destacar que aparece un diagnostico nuevo inédito en los estudios antes nombrados aparece como principal diagnóstico de egreso el Síndrome Hellp con 2.3% ubicado en el quinto lugar de frecuencia, esto se puede inferir a lo que ya se ha venido diciendo anteriormente que las pacientes ingresan y egresan en su mayoría con trastornos hipertensivos del embarazo y las cuales posteriormente se complican hasta el punto más severo del mismo y entraría en juego aquí también a clasificarse este diagnóstico como morbilidad materna extrema.

No obstante entre los diagnósticos médicos más resaltantes encontramos se encuentran la lugar infección del tracto urinario con 2% y (Tasa de 20.6 por cada 1000 consultantes, y en segundo lugar patología tiroidea con 1.2% (tasa de 12.92 por cada 1000 consultantes) condición médica que influye en el desarrollo del feto y conlleva a un control prenatal más estricto.

Por ultimo no estaría completa la atención de la gestantes que ingresa al servicio si ver resultado final de su gestación es así pues que en cuanto a resultado perinatal de los recién nacidos de las pacientes atendidas en la emergencia obstétrica del SAHCM, es evidenciado que del total de consultantes el 94,57% (de las 387 pacientes en total, 366 recién nacidos) se obtuvo el producto de la concepción, y de estos el 97,8% fueron recién nacidos vivos y 2.2% fueron fallecidos por distintas causa si bien se reciben en promedio a las 36 semanas la inmadurez es un factor interviene en estos resultados del mismo modo como lo es el trastorno hipertensivo del embarazo gran protagonista del estudio el cual conlleva a afecciones neonatales y contribuye a este resultado, al igual influye en que de los recién nacidos vivos, el 74.3% tuvieron alojamiento materno en conjunto y el solo 25.7% fue hospitalizado, estos son resultados muy parecidos a el trabajo realizado en el Hospital Prince Lara donde se obtuvo que La morbilidad neonatal global fue 22,26 %, aportada principalmente por patologías propias del embarazo, y la mortalidad neonatal de un 3.3%(9).

Se concluye con todo lo expuesto anteriormente que en el presente estudio hemos detectado una morbilidad materna que coincide con la cantidad de trabajos realizados en el país y en países extranjeros, sin embargo se evidencia que no coincide en su totalidad con las morbilidades que maneja el servicio de estadísticas e historias médicas del hospital lo cual es sumamente grave porque deja en evidencia que no se cuenta con el real registro de las pacientes ingresadas. La patología más importante que se realiza en todo el trabajo es la del trastorno hipertensivo del embarazo en cualquiera de sus modalidades, lo que conlleva a que gran cantidad de pacientes que ingresan al Hospital tengan tendencia y sean vulnerables a las complicaciones más severas del embarazo que nos puede acarrear en una alta tasa de mortalidad materna.

Conclusiones y recomendaciones:

- 1) Existe una diferencia absoluta en cuanto a los datos arrojados por el sistema estadístico del hospital y a los arrojados por el trabajo, esto basado en el momento inadecuado en el cual se colocan los diagnósticos de egresos de las pacientes por lo que al postgrado de ginecología y obstetricia se le indica que los adjuntos y residentes de niveles avanzados velen por el buen llenado de la historia clínica y que en base a los ya descrito se implemente se coloque como nuevo protocolo del servicio los diagnósticos de egreso al momento de verdadero egreso de la paciente.

- 2) El departamento de historias clínicas y estadísticas del hospital maneja el sistema de clasificación de enfermedades CIE-9 el cual difiere por mucho en cuanto a la forma de expresar los diagnósticos con la forma en que se expresan en el servicio, para que las estadísticas y trabajos como este sean más confiables se debe estandarizar dichos diagnósticos de manera tal que estemos actualizados a nivel nacional e investigaciones de importancia como esta puedan ser realizadas de manera más eficiente, sin embargo hay que tomar en cuenta que el CIE-9 actualmente se encuentra obsoleto a nivel internacional por la creación del CIE-10, por lo que se recomienda de la misma forma al servicio de estadística su pronta actualización y del mismo modo mayor efectividad en vista de que solo se cuenta hasta la fecha con estadística hospitalaria hasta el año 2012.

- 3) A los entes de salud encargados en llevar a cabo los diferentes programas de salud del país, para que trabajos como este sean incentivados a hacer en diferentes estados y en diferentes hospitales, y que sean realizados de manera periódica para tener un verdadero indicador de salud de las pacientes obstétricas, teniendo conocimiento de cuáles son las morbilidades más frecuentes, se podrían realizar programas orientados específicamente a cada morbilidad, para así lograr que prevalezca la medicina preventiva por encima de la medicina curativa, de esta forma contribuir a cumplir con el quinto objetivo del milenio de la Organización mundial de la salud, donde se ve reflejado que se debe mejorar la salud materna y reducir la tasa de mortalidad materna a nivel mundial. Al mejorar la salud materna estaríamos contribuyendo también descongestionar a los diferentes centros de salud del país, los cuales hoy en día se encuentran en su mayoría en estado crítico con lo correspondiente tanto a infraestructura como material de trabajo.

- 4) La mayor cantidad de pacientes estudiadas fueron referidas de otros centros asistenciales sin embargo la mayoría eran pacientes de bajo riesgo. Por lo que se le indica a los entes gubernamentales habilitar centros asistenciales capaces de atender a dichas pacientes, y así descongestionar hospitales tipo IV los cuales deberían estar velando principalmente por las pacientes de alto riesgo, al momento que esto se

cumpla se estará brindando una mejor calidad de servicio al público lo cual que debería ser la meta de todos los centros asistenciales del país.

- 5) La morbilidad más frecuente observada fue los trastornos hipertensivos del embarazo, se recomienda implementar un plan de pesquisa de hipertensión arterial a pacientes con factores de riesgo en especial obesidad y predisposición a generar este tipo de enfermedades, que contenga estudios de ecosonografía doppler a edades tempranas del embarazo, la batería de exámenes necesarias para su pronto diagnóstico tratamiento y asesoramiento nutricional. Por lo que tal igual que se está creando en la actualidad la consulta de embarazada diabética en el HCM, crear un consulta especializada para embarazadas hipertensas con equipo multidisciplinario lo que velaría la salud de la paciente y conllevaría a un feliz desenlace del binomio feto-materno.

Bibliografía

- 1) Morbilidad definición Organización Mundial para la Salud, (acceso 15 de septiembre) disponible en: search.who.int/search?q=morbilidad&ie=utf8&site=who&client=_es_r&proxystyleheet=_es_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8
- 2) Estados Unidos, Estado de California, departamento de salud pública de California, La mortalidad asociada al embarazo informe de revisión californiano de 2002 y 2003 opiniones de mortalidad materna, documento realizado en abril 2011.(acceso 20 septiembre de 2014) disponible en: <http://www.cdph.ca.gov/data/statistics/Documents/MO-CA-PAMR-MaternalDeathReview-2002-03.pdf>
- 3) Estados unidos, Hyattsville, Maryland, Departamento de salud y de servicios humanos. Servicio de salud publica, Healthy People 2000 : promoción de la salud nacional y los objetivos de prevención de enfermedades . octubre de 2011 (acceso 20 de septiembre de 2014) disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hp2000/hp2k01.pdf>
- 4) Organización para una maternidad segura (en línea). Acerca de la morbi-mortalidad materna, actualizado en mayo 2012, (acceso 15 de septiembre de 2014) disponible en: <http://www.safemotherhood.org/priorities/index.html>
- 5) Foro Mexicano de expertas y expertos, rostro de la mortalidad materna (revisado octubre 2015) Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica <http://www.elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/node/306>

- 6) Vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema una nueva estrategia para la reducción de la mortalidad materna en América Latina (acceso 20 octubre 2015) disponible en: www.who.int/pmnch/events/2010/20100809_colombia.pdf
- 7) Organización Panamericana de la salud, Comisión económica para América Latina y El Caribe, El derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del milenio, octubre 2010 (acceso 27 de septiembre de 2014) disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/21541/capitulo5.pdf>
- 8) Organización mundial para la salud, Medición de la salud materna: se centra en la morbilidad materna, actualizado 7 de mayo de 2013 (acceso 27 de octubre de 2014) disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/10/13-117564/en/>
- 9) Pedro Faneite, Clara Rivera, Rossana Amato, Josmery Faneite. Morbilidad materna: hospitalización ante-parto. Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela 06/2012; 72(2):83-88. (acceso 16 de septiembre de 2014) disponible en: http://www.researchgate.net/publication/262497973_Morbilidad_materna_hospitalizacin_ante-parto
- 10) Organización mundial de la salud, Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA), Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia Manual, publicado en 2011 (acceso en 28 de octubre de 2014) disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/es/>
- 11) Unidad de control de gestión SAHCM, Cedula Hospitalaria 2012.
- 12) Erika Guillen, Reclaman que en hospital de Aragua meten a neonatos en cajas de cartón, El Universal, miércoles 28 de agosto de 2013, (acceso en 28 de octubre de 2014)
- 13) Sistema de información estadística COSMO, servicio de estadísticas y historias médicas Hospital central de Maracay.
- 14) 2014) disponible en: <http://www.eluniversal.com/nacional-y-politica/130828/reclaman-que-en-hospital-de-aragua-meten-a-neonatos-en-cajas-de-carton>
- 15) Nugged Aure, Vicenta Oropeza, Gilberto Bastidas Morbilidad y mortalidad materna en San Carlos, Cojedes-Venezuela. 2001-2008. Salus vol.15 no.2 Valencia ago. 2011. (acceso el 28 de septiembre 2015) Disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131671382011000200006
- 16) Sukerman E, Anka J, Mata M, Martínez K, Gracia C, Martínez E, et al. Características clínicas epidemiológicas de 1 000 pacientes de la Maternidad del Hospital Central de Valencia. Rev Obstet Ginecol Venez. 1994;55:215-222. (revisado en octubre 10 2015) disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322012000200003&script=sci_arttext

- 17) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, protocolos de asistencia en obstétrica, España 2012 (revisado 20 de noviembre de 2015) disponible en www.elsevier.es/en-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-9003...
- 18) Anuario de Morbilidad 2011. República Bolivariana de Venezuela. Ministerio del poder popular para la salud.