

# Evaluación del riesgo obstétrico en control prenatal en nivel básico de complejidad, Cali, Colombia

## Evaluation of the obstetric risk in prenatal care in a basic level of complexity, Cali, Colombia

Ignacio Alberto Concha-Eastman<sup>1</sup>, José Gravin Fernández Quintero<sup>2,3</sup>, Sandra Elena Pineda Ospina<sup>2</sup>,  
Edgar Iván Ortiz Lizcano<sup>4</sup>, Mauricio Hernández-Carrillo<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup> Secretaría de Salud Pública de Cali. Cali Colombia

<sup>2</sup> Red de Salud del Oriente E.S.E., Cali, Colombia

<sup>3</sup> Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

<sup>4</sup> Facultad de Salud, Universidad del Valle. Cali, Colombia

<sup>5</sup> Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte, Cali, Colombia

**Correspondencia:** Alberto Concha-Eastman, Asesor Secretaría de Salud Pública de Cali. Teléfono: (+57) 3104659004. alberto.conchaeastman@gmail.com

Recibido: 5 diciembre 2023

Publicado: 13 abril 2024

**Palabras clave:** Embarazo, parto obstétrico, atención prenatal, complicaciones del embarazo, mantenimiento del embarazo, trimestres del embarazo, centros de asistencia al embarazo y al parto.

**Keywords:** pregnancy, delivery obstetric, prenatal care, pregnancy complications, pregnancy maintenance, pregnancy trimesters, birthing centers.

**Citación:** Concha-Eastman IA, Fernández QJG, Pineda OSE, Ortiz LEI, Hernández-Carrillo M. Evaluación del riesgo obstétrico en control prenatal en nivel básico de complejidad, Cali, Colombia. *ijEPH*. 2024; 7(2): e-11029. Doi: 10.18041/2665-427X/ijeph.2.11029.

### Resumen

**Introducción:** El control prenatal (CPN) sirve para identificar riesgos en la embarazada con la finalidad de intervenirlos para llevar una gestación a término y sin complicaciones.

**Objetivo:** Determinar si la clasificación del riesgo obstétrico (RO) en la Red de Salud Oriente Empresa Social del Estado (ESE O) cumple los criterios definidos en el plan de choque 2012 de la Secretaría de Salud Pública de Cali.

**Métodos:** Se analizaron las historias clínicas de 165 gestantes, el cumplimiento de las normas y guías sobre la valoración del RO y seguimiento del embarazo.

**Resultados:** Se encontró adherencia de los médicos generales (MdG) y gineco-obstetras (GO) para clasificar el RO según criterios predefinidos, el primer CPN ocurrió antes de la semana 12 en casi 50% de las gestantes, pero 70% de las instituciones atendieron el primer CPN en el segundo o tercer trimestre. No hay diferencia estadística en la clasificación de RO entre el MdG y el GO ( $p=0,06$ ). La oportunidad de evaluación por el GO no fue la recomendada para gestantes de alto o muy alto riesgo; 27.8% de las gestantes no tuvo cita con el GO.

**Conclusión:** No se observan decisiones claras dirigidas a revisar la clasificación inicial del RO, esperable en la consulta a la semana 36 del embarazo por el GO, generándose remisiones innecesarias a niveles superiores. El peso de los recién nacidos no tuvo relación con la clasificación del RO. Se requieren evaluaciones sistemáticas, de este tipo, en todas las entidades de salud con atención a la gestante.

### Abstract

**Introduction:** Prenatal care (PC) is recommended to be carried out in each pregnant woman aimed at identifying any risks that might compromise her health and that of her foetus, to intervene them for a safe and healthy pregnancy.

**Objective:** To determine if the Obstetric Risk (OR) classification at the Eastern Health Network (ESE O) meets the shock plan criteria defined by the Secretariat of Public Health (SSP) in 2012.

**Methods:** An analysis of the case histories of 165 pregnant women was carried out. Follow-up of standards and guidelines were considered.

**Results:** Adherence of general practitioners (GP) and obstetrician-gynaecologists (OG) to the shock plan OR classification was found; the first PC occurred before week 12 in almost 50% of the pregnant women, however, 70% of the institutions attended the first PC in the second or third trimester of pregnancy. No statistical difference in OR classification was found at the first PC, between GP and OG ( $p$ -value=0.06). The opportunity for evaluation by the OG was not done as recommended for high or very high-risk pregnant women, 27.8% of pregnant women did not have an appointment with the OG.

**Conclusion:** No clear decisions were found aimed at reviewing the initial classification of the OR, expected by the 36 weeks of pregnancy by the GO, generating unnecessary referrals to higher levels of care. The newborn weight was not associated to the OR classification. Systematic evaluations of this type are required in all health entities that care for pregnant women.

### Contribución clave del estudio

<b>Objetivo</b>	Determinar si la clasificación del riesgo obstétrico (RO) en la Red de Salud Oriente Empresa Social del Estado (ESE O) cumple los criterios definidos en el plan de choque 2012 de la Secretaría de Salud Pública de Cali.
<b>Diseño del estudio</b>	Estudio observacional de corte transversal sin intervención alguna con las gestantes
<b>Fuente de información</b>	Historias clínicas de cada paciente incluida en la muestra., tomadas del Sistema de Información Hospitalaria (SIHOS)
<b>Población / muestra</b>	La población fueron todas las gestantes 4,994 inscritas en CPN en las ocho IPS de la de la ESE Oriente, la muestra fueron 165
<b>Análisis estadísticos</b>	Tablas de frecuencia, cálculo de $J^2$ , prueba Z, diagrama de cajas para descripción de mediana y rango intercuartil.
<b>Principales hallazgos</b>	Se cumple parcialmente el Plan de choque de la SDS. Hay concordancia entre el RO del MdG y del GO. No se encontró significancia estadística entre el RO y el peso y talla del bebé, Una proporción preocupante de las gestantes acuden después de la semana 12 al CPN. No se revaloró en todas las gestantes el RO a la semana 36. Es necesario acortar el tiempo entre la consulta con el MdG y el GO

**Conflicto de interés:** ninguno de los autores tiene conflicto de interés alguno durante la fase del estudio o su análisis. No recibimos ni solicitamos financiación, estipendios o donaciones de compañía alguna. El estudio fue apoyado, sin financiación extra, por la gerencia de la Empresa Social del Estado Red de Salud Oriente de Cali

**Agradecimientos:** Al Dr. Javier Arévalo Tamayo, gerente de la ESE Oriente cuando se realizó este estudio por su apoyo, estímulo y observaciones; igualmente al Dr. Rubén Zapata, subgerente científico durante ese período por su interés y observaciones al estudio

**Contribución de los autores:** Alberto Concha-Eastman. Participó en el diseño, revisión de las historias clínicas, análisis y escritura del manuscrito; José G. Fernández. Participó en el diseño, revisión de las historias clínicas, análisis y escritura del manuscrito; Sandra Pineda. Participó en la revisión de historia clínicas, análisis y escritura del manuscrito; Edgar Iván Ortiz. Participó en el análisis y escritura del manuscrito; Mauricio Hernández-Carrillo Participó en el análisis y escritura del manuscrito.

## Introducción

El riesgo obstétrico es una clasificación que incluye la condición clínica al momento de inicio del control prenatal, los antecedentes y otros potenciales riesgos sociales, incluyendo el inicio tardío del control prenatal. Todos estos, entendidos como determinantes indirectos que pueden incidir en el curso normal de un embarazo y del parto. Por esto es necesario que la atención del control prenatal sea de la mejor calidad en beneficio de la gestante y su hijo.

El Ministerio de Salud de Colombia ha aprobado la Guía de Práctica Clínica (GPC) (1), dirigida a todo el personal de salud comprometido en el control del prenatal y el parto, siguiendo las pautas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2) y del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) (3,4,5). Estas guías y recomendaciones, divulgadas a todos los países miembros, se dirigen igualmente al monitoreo de las metas de la disminución de la mortalidad materna según los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) de las Naciones Unidas 2015-2030. Colombia está comprometida al cumplimiento del ODS 3 sobre Salud y Bienestar, en la reducción de la mortalidad materna (meta 3.1) “Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos” (6).

La Secretaría de Salud Pública de Cali (SSP) adoptó en 2012 un plan de choque (7) orientado a controlar y disminuir la mortalidad materna que, si bien tenía una tendencia a la disminución desde 2005, cuando hubo 25 muertes maternas con una razón de mortalidad materna –RMM-: 90 x 100,000 nacidos vivos, hasta 2009 con 7 muertes (RMM de 26.7), pero aumentó entre el 2010-2012 a 9, 9 y 14 muertes con RMM de 31.8, 35.3 y 53.0 respectivamente. Este plan de choque se vio recompensado cuando en 2013 la RMM cayó

a 14.1 (8), históricamente la más baja. Si bien en Cali se cumplió con la meta del ODS 3, se reconoce la obligación de mantener una vigilancia estricta sobre cualquier caso de muerte materna. Por ello el plan de choque se consensuó con representantes de la academia, de los hospitales de diferente complejidad, de las empresas promotoras de salud –EPS- y gerentes de las empresas sociales del estado –ESE- de la ciudad. El plan incorporó las recomendaciones de la OPS/OMS y el CLAP sobre la clasificación del riesgo obstétrico el cual fue difundido a las instituciones de nivel 1, 2 y 3, públicas y privadas que atienden gestantes en la ciudad, independientemente del sistema de aseguramiento en salud al que estuviesen afiliadas (subsidiado, contributivo, pobres no aseguradas, especial, prepago o particulares).

En febrero de 2019 la gerencia de la Red de Salud Empresa Social del Estado del Oriente (ESE-O) recibió un informe de la subgerencia de promoción y prevención sobre el control prenatal y partos a las gestantes de su área de influencia durante 2018. Se encontró un bajo uso de la sala de partos del Hospital C.H. Trujillo (HCHT) de baja complejidad, en el cual se atendió en promedio un parto cada 17 a 22 horas, en ese año. También se mostró que de los 385 partos atendidos en el HCHT y que tuvieron control prenatal en la ESE-O en 2018, a 198 (51.4%) gestantes se les clasificó con riesgo obstétrico bajo, 178 (46.2%) con riesgo obstétrico alto y 9 (2.3%) con riesgo obstétrico muy alto. Ninguna de ellas tuvo complicaciones durante la atención del parto, sus recién nacidos (RN) tampoco.

Este bajo uso de la sala de partos es por sí mismo preocupante, y más aún por disponerse desde junio de 2019 una sala y zona de trabajo de parto con tecnología de punta, preparada para atender varios partos al día en óptimas condiciones del nivel 1 de baja complejidad. Se tomó entonces la decisión de revisar las historias clínicas de las gestantes en control prenatal en las ocho instituciones de prestación de salud (IPS) de la ESE-O donde se efectúa el control prenatal.

El presente artículo muestra los hallazgos de la revisión de una muestra aleatoria entre 4,994 gestantes en control prenatal en 2018 en las ocho IPS de la ESE-O, en las que se atienden gestantes para su control prenatal. Los objetivos de la revisión fueron: 1. Determinar si la clasificación del riesgo obstétrico cumple los criterios definidos en 2012 en el Plan de choque de la SSP para reducir la mortalidad materna en Cali, 2. Hacer recomendaciones sobre el control prenatal, la clasificación del riesgo obstétrico y la capacidad del HCHT para atender casos con criterio no solo de riesgo sino de daño potencial o real a la madre y al feto.

## Materiales y métodos

### Tipo de estudio

Observacional por revisión de historias clínicas de gestantes en control prenatal en la Red de Salud Oriente, Empresa Social del Estado.

### Población

Todas las gestantes atendidas para control prenatal en cualquiera de las ocho IPS de la ESE-O en las que se lleva a cabo el control prenatal. En 2018 total de gestantes en control prenatal: 4,994.

## Muestra y muestreo

Se calculó inicialmente el número de las historias clínicas de las gestantes a revisar con base a una prevalencia de riesgo obstétrico bajo o riesgo obstétrico alto en 50%, poder de 80% y nivel de confianza 5%, para un tamaño de muestra de 357 sobre 4,994 casos. Se realizó un muestreo sistemático, seleccionando una de cada cinco gestantes. Se pidió a un funcionario externo seleccionar un número entre 1 y 5. Seleccionó el número 3. Se inició entonces la revisión en este orden: a partir de la gestante número 3 en la lista para alcanzar las 357 historias clínicas donde se incluyó en la muestra la historia correspondiente a cada cinco puestos hacia adelante, así: 8, 13, 18, 23, 28 etc. Una vez revisadas las primeras 71 historias clínicas a un promedio de 30 a 45 minutos por caso, y con base en la clasificación de 70% de estas gestantes como riesgo obstétrico alto se hizo un nuevo cálculo del tamaño de muestra sin modificar los parámetros estadísticos ya anotados. El resultado fue  $n=160$  historias clínicas.

## Variables

Se preparó una hoja en Excel con las siguientes variables: edad, ciudad de procedencia o residencia, EPS de aseguramiento, IPS de atención del control prenatal, días de atención entre la inscripción con enfermera y el primer control prenatal por médico general, y entre éste y el primer control prenatal con médico gineco-obstetra, semanas de gestación al 1er control prenatal, Índice de masa corporal (IMC) al primer control prenatal, riesgo obstétrico inicial determinado por un médico general, riesgo obstétrico en el primer control prenatal determinado por un médico gineco-obstetra, causa(s) del riesgo obstétrico: 1, 2 o 3 según el médico general, IPS donde se atendió el parto, remisión a consulta durante el control prenatal con especialista fuera de la ESE-O, remisión a parto fuera de la ESE-O, remisión adecuada a la atención del parto, riesgo obstétrico modificable o no, días entre el último control prenatal y el parto, tipo de parto, semanas de gestación al parto, peso y talla del recién nacido.

Una vez se cumplió el tamaño de muestra seleccionado aleatoriamente (160 gestantes), se solicitó a la oficina del registro de nacimientos de la Secretaría de Salud de Cali, los datos sobre peso y talla de los 160 recién nacidos. Se obtuvieron datos de 139 de ellos. En la ESE-O se hizo una segunda búsqueda (12 de las 19 sin datos son migrantes de Venezuela) de los datos de los recién nacido. Se lograron 14 de 19, faltaron 5. Se decidió entonces completar la muestra para llegar a 160 recién nacido, o sea 5 gestantes adicionales con los datos de sus hijos. Al final se obtuvieron datos de 165 gestantes y 160 recién nacidos.

## Análisis

Se elaboraron tablas resumen de las variables de interés, con el fin de explorar el comportamiento univariado y comprobar la validez de la aleatoriedad del muestreo comparando los resultados de este estudio con los registros de todas las gestantes en la ESE-O. Posteriormente, utilizando software estadístico SSPS (versión 25) se realizaron los cruces de variables según el interés del estudio, estadísticos Chi-cuadrado y prueba Z; además de realizar diagramas de cajas para la descripción de mediana y rango intercuartílico (RIC).

## Aspectos éticos

El estudio se concentró en la revisión de historias clínicas sin considerar nombre o dirección de las gestantes que habían estado en control prenatal en las IPS de la ESE Oriente. De todas maneras, se solicitó revisión del Comité de Ética de la ESE Oriente, el cual aprobó el estudio.

## Resultados

La mayoría de las gestantes residían en Cali, 122 (73.9%), 15 (9.1%) de ellas son migrantes de Venezuela. De otros municipios del Valle 7 gestantes, y de departamentos vecinos como Nariño 8 gestantes, Cauca 4 e incluso de Putumayo, Sucre, Bogotá o Pasto se atendieron 1 o 2 embarazadas.

El rango de edad de las 165 gestantes fue entre 13 y 39 años, la mayoría de ellas, 110 (66.7%) entre 20 y 34 años, mediana 23 años. Las EPS de aseguramiento son las mismas que tienen contrato con la ESE-O y en proporción similar, así: EMSSANAR 67 (40.6%), SSPM para PPNA 40 (24.2%), esta proporción incrementada con las migrantes de Venezuela, COOSALUD 37 (22.4%) y ASMET SALUD 13 (7.9%). La IPS donde se atendió el control prenatal y el número de semanas de gestación al primer control prenatal tiene correspondencia entre esta muestra y el total de gestantes que se atienden en cada una de las 8 IPS de la ESE-oriente donde hay programa de control prenatal.

En todas las IPS un número significativo de gestantes llegan tardíamente al control prenatal (2do y 3er trimestre de gestación), pero la proporción es mayor en el HCHT (70%, 33 de 47), en el Centro de Salud (CS) Vallado (57%, 15 de 26) y en el CS Marroquín (61%, 11 de 18) que a las otras IPS. En las demás IPS casi la mitad consultan en el 1er trimestre. Los días entre la inscripción con la enfermera y el primer control prenatal con el médico general fueron 17.4 en promedio y una mediana de 11, con una variabilidad entre 0 (mismo día) y 137 días. Los días entre el control prenatal por el médico general y el médico gineco-obstetra fueron de 53.3 en promedio y mediana de 39 (en 3 casos la gestante pasó directo al médico gineco-obstetra sin ser revisada por el médico general debido a su estado). Las semanas de gestación al primer control prenatal también presentaron una variabilidad amplia, entre 4.6 y 36.5, promedio 16.9, mediana 14.3 (Tabla 1).

La edad de las gestantes, la clasificación del riesgo obstétrico y los días entre la inscripción y la primera cita con el médico general se muestran en la Tabla 2. A 21 adolescentes entre 13 y 17 años se les hizo control prenatal, siendo una de ellas clasificada como de riesgo obstétrico muy alto y 20 con riesgo obstétrico alto, ninguna podía ser riesgo obstétrico bajo por su edad. Dos de cada tres eran adultas (66.7%) entre 20 y 34 años y 7 fueron mayores de 35. Casi una de cada dos gestantes (46.7%) tuvieron consulta con el médico general en los 10 días post inscripción con la enfermera (77 de 165), y 69 (41.8%) entre 11 y 30 días, pero 19 gestantes fueron atendidas por el médico general entre 31 y 150 días después de la inscripción (Tabla 2).

El médico general clasificó el riesgo obstétrico como riesgo obstétrico alto a 125 (75.8%); riesgo obstétrico bajo a 36 (21.8%) y riesgo obstétrico muy alto a 4 (2.4%). Seis gestantes fueron clasificadas como riesgo obstétrico muy alto, 4 por el médico general y dos más por

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con el control prenatal y partos en IPS ESE Oriente

Variable	N	Media	Mediana	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo
Edad de la gestante	165	23.5	23	5.6	13	39
Días entre inscripción por enfermera y 1er CPN por MD general	165	17.4	11	18.7	0	137
Días entre citas MD general y gineco-obstetra	119	53.0	39	52.5	0	210
Semanas gestación 1er CPN con MD general	165	16.9	14.3	8.6	4.6	36.5
IMC 1er CPN	165	25.8	25.16	5.0	16.44	40.77
Hemoglobina (gr x dl): solo entre gestantes con dx de anemia	35	10.2	10.3	0.7	8.4	11.5
Semanas gestación al parto	161	38.7	39	2	25	41
Días entre último CPN y fecha de parto	161	20.8	11	34	0	206
Peso recién nacido en gramos	160	3,140.7	3,170	501.6	687	4,225
Talla del recién nacido en cm		50.4	51	3.3	33	58

CPN: control prenatal, MD: médico. IMC: índice de masa corporal

el médico gineco-obstetra, fueron atendidas por el médico gineco-obstetra así: una el mismo día, otros 2 días después y las otras 2 a los días 14 y 17. Del total de embarazadas el 63% fueron atendidas por el médico gineco-obstetra antes de los 50 días. De las 119 gestantes evaluadas por el médico gineco-obstetra, 9 (7.6%) clasificadas por el médico general como riesgo obstétrico alto o riesgo obstétrico bajo, fueron atendidas entre 151 y 210 días posteriores al control prenatal realizado por el médico general (Tabla 3).

Se presenta la mediana y el rango intercuartílico según edad de la gestante y el riesgo obstétrico. La mediana de edad de las gestantes con un riesgo obstétrico alto fue de 24 años y el rango intercuartílico de edad de 50%, se encontró entre 19-28 años; en las clasificadas como riesgo obstétrico bajo la mediana fue de 22 años con un rango intercuartílico de 50% entre 19-25 años, en riesgo obstétrico muy alto la mediana fue 30 años con un rango intercuartílico de 50% entre 23-35 años (4 casos). Una gestante con riesgo obstétrico bajo de 34 años, se sale del cuartil superior. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de riesgo obstétrico y las edades de las gestantes (Figura 1).

De las 165 gestantes atendidas por el médico general 119 (72.1%) tuvieron una cita con el médico gineco-obstetra, Las que no tuvieron la cita con el gineco-obstetra fue por múltiples razones como incumplimiento de las citas o viajes de la gestante, tener afiliación con aseguradora no contratada por la ESE-O, no poderse ubicar por vía telefónica. Solo en un caso se dio por falta de cupo al estar la agenda completa del médico gineco-obstetra. Hubo acuerdo en la clasificación del riesgo obstétrico por el médico general y el médico gineco-obstetra en el 89 (74.8%) casos, o sea 3 de cada 4 gestantes. Con la clasificación del riesgo obstétrico alto hubo mayor diferencia proporcional, 84.9% fueron clasificadas riesgo obstétrico alto por el médico gineco-obstetra y 75.8% por el médico general, pero sin significancia estadística ( $p=0.06$ ) (Tabla 4).

El índice de masa corporal (IMC) registrado en el primer control prenatal por el médico general, a diferentes semanas de la gestación, permitió calificar si la gestante estaba con bajo peso, normal, sobrepeso u obesa, encontrándose que solo el 42.4% fueron consideradas como de peso normal (Tabla 5).

**Tabla 2.** Días entre inscripción y control prenatal por medicina general según edad y riesgo obstétrico.

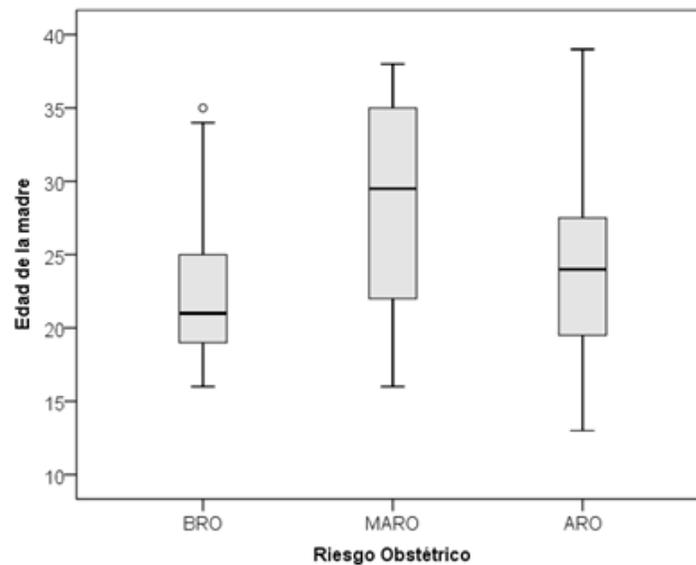
Edad y riesgo obstétrico	Días entre inscripción por enfermera y 1er control prenatal x médico general				Total	%
	0-10	11-30	31-80	81-150		
13-17	MARO	1			1	0.6
	ARO	12	5	3	20	12.1
18-19	BARO	4	5	1	10	6.1
	ARO	6	7	2	17	10.3
20-34	BARO	13	12	1	26	15.8
	MARO	1			1	0.6
	ARO	37	36	9	83	50.3
35-39	MARO	1	1		2	1.2
	ARO	2	3		5	3.0
Total	77	69	16	3	165	100
%	46.7	41.8	9.7	1.8	100	

MARO: riesgo obstétrico muy alto. ARO: riesgo obstétrico alto

**Tabla 3.** Días entre el control prenatal con médico general y gineco-obstetra según riesgo obstétrico

Días entre médico general y gineco-obstetra	Riesgo obstétrico por médico gineco-obstetra			N	%	% acumulado
	BARO	MARO	ARO			
0 (mismo día)		1	9	10	8.4	17.6
01-09		2	9	11	9.2	
10-20	1	1	11	13	10.9	45.4
21-30		1	14	15	12.6	
31-40			14	14	11.8	
41-50	2		10	12	10.1	
51-80	4		8	12	10.1	35.3
81-150	2	1	18	21	17.6	
151-210	3		6	9	7.6	
SD			2	2	1.7	
Total	12	6	101	119	100	
%	10.1	5.0	84.9			

BARO: riesgo obstétrico, MARO: riesgo obstétrico muy alto, ARO: riesgo obstétrico alto



**Figura 1.** Diagrama de cajas y bigotes para la edad de la gestante y riesgo obstétrico

Al comparar la frecuencia del recién nacido con un bajo peso al nacer según la clasificación del riesgo obstétrico por el médico general como riesgo obstétrico bajo o riesgo obstétrico alto no se encontró diferencia estadísticamente significativa ( $p= 0.79$ ). Hallazgo similar se observó cuando la clasificación del riesgo fue realizada por el médico gineco-obstetra ( $p= 0.33$ ) sugiriendo en esta revisión que la clasificación del riesgo obstétrico no está influyendo el peso al nacer. De los 6 recién nacido, con riesgo obstétrico muy alto, uno tuvo bajo peso al nacer, 2,200 g y talla de 45 cm y otro fue macrosómico, los demás tuvieron peso normal (Tabla 6).

La mediana del peso al nacer según el riesgo obstétrico en el estadístico de cajas y bigotes muestra que los rangos intercuartílicos se cruzan comprobando la no significancia estadística entre el riesgo obstétrico y el peso al nacer (Figura 2).

## Discusión

Se ha mostrado que en las 8 IPS donde se efectúa el control prenatal y por tanto se clasifica el riesgo obstétrico en la primera consulta según los lineamientos del Plan de Choque (7), se cumple con el criterio de una correcta clasificación del riesgo obstétrico por los médicos generales, comprobada posteriormente por el médico ginecologista. En aquellos casos en los que no hubo concordancia entre los dos médicos, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p= 0.06$ ). Sin embargo, la primera clasificación del riesgo obstétrico no se reevalúa en las subsecuentes consultas, en especial la que debe realizarse a la semana 34-36 por médico gineco-obstetra, para determinar si el riesgo obstétrico inicial podría ser modificado según la evolución propia del embarazo o por las conductas tomadas para superar condiciones modificables durante la gestación.

**Tabla 4.** Acuerdo o no sobre el riesgo obstétrico entre médico general y el gineco-obstetra

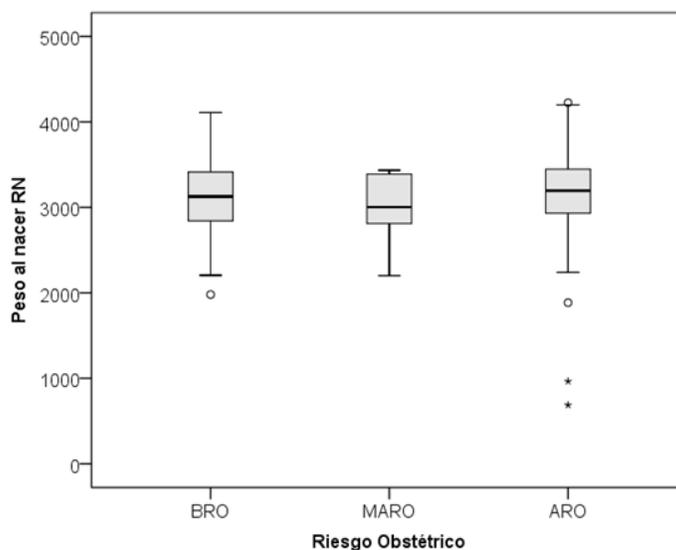
RO x MdG 165 gestantes	RO x Md GO 119 gestantes			Acuerdo entre MdG y GO	No cita con GO	Control prenatal con MD gral	
	BARO	MARO	ARO			Total	%
BARO	6	1	18	6 de 12	11	36	21.8
MARO		2	2	2 de 6		4	2.4
ARO	6	3	81	80.2%	35	125	75.8
Total	12	6	101		46	165	100
% RO x GO	10.1	5.0	84.9	74.8 (89 gestantes)			

RO: riesgo obstétrico, BARO: riesgo obstétrico bajo, MARO: riesgo obstétrico muy alto, ARO: riesgo obstétrico alto, MdG: médico general, GO: medico gineco-obstetra

**Tabla 5.** Riesgo obstétrico modificable o no según IMC y riesgo obstétrico.

IMC en 1er control prenatal	Riesgo Obstétrico	RO modificable o no				Total	%
		NA	NO	SI	SD		
16.0-18.9 (Bajo peso)	ARO		5	2		7	4.2
19.0-24.9 (Normal)	BARO	3	8	5	1	17	10.3
	MARO		2			2	1.2
	ARO	1	39	11		51	30.9
25.0-29.9 (Sobrepeso)	BARO	2	9	6		17	10.3
	MARO		1			1	0.6
	ARO		29	8		37	22.4
30.0-34.9 (Obesidad)	BARO		2			2	1.2
	MARO		1			1	0.6
	ARO		18	3		21	12.7
35.0-42.0 (Obesidad mórbida)	ARO		9			9	5.5
Total	6	123	35	1	165	100	
Porcentaje	3.6	74.5	21.2	0.6	100		

RO: riesgo obstétrico; BARO: riesgo obstétrico bajo; MARO: riesgo obstétrico muy alto; ARO: riesgo obstétrico alto; IMC: índice de masa corporal



**Figura 2.** Comportamiento del peso al nacer según clasificación del riesgo obstétrico

**Tabla 6.** Distribución del peso del recién nacido según el riesgo obstétrico

Peso del RN en gramos	Riesgo obstétrico por MdG								
	BARO		ARO		MARO		Total		
	n = 35	%	n = 121	%	n = 4	%	n = 160	%	
Bajo o Extremo bajo peso	687-1,000	0	0.0	2	1.7	0	0	2	1.3
	1,001-1,999	1	2.9	1	0.8	0	0	2	1.3
	2,000-2,499	2	5.7	6	5.0	1	0	9	5.6
Normal	2,500-2,999	8	22.9	28	23.1	1	0	37	23.1
	3,000-3,499	19	54.3	55	45.5	2	0	76	47.5
	3,500-3,999	4	11.4	26	21.5	0	0	30	18.8
Macrosómico	4,000-4,300	1	2.9	3	2.5	0	0	4	2.5

RN: recién nacido; BARO: riesgo obstétrico bajo; MARO: riesgo obstétrico muy alto; ARO: riesgo obstétrico alto

La revisión de la historia clínica del control prenatal y del parto en gestantes de la ESE Oriente en 2018, ha permitido identificar varios aspectos de la atención y decisiones tomadas por los médicos y enfermeras designados a esta función, que muestran en primer lugar la conveniencia de realizar este tipo de estudio como parte del proceso de evaluación y monitoreo de las acciones previamente definidas de consenso con la SSP en 2012 para reducir la mortalidad materna. Es necesario reforzar la relación que se logre con la gestante con el fin de empoderar su conocimiento para un correcto desarrollo de su embarazo. Esa relación se inicia desde el primer día del control prenatal, ganar su confianza y conocer al máximo detalle el proceso de la gestación debe generar no solo un adecuado control prenatal sino la preparación para una sana y bien orientada maternidad. La OMS/OPS ha hecho recomendaciones en este sentido e insiste en la conveniencia de reforzar prácticas positivas durante la gestación y que se atienda de manera específica e individualizada e integral a la gestante y al feto, con el fin de definir las medidas preventivas para corregir los riesgos identificados en la primera y siguientes consultas de control prenatal.

Se resalta que el riesgo obstétrico no significa daño, condición esta última que debe ser observada y evaluada durante los siguientes control prenatal y reconocer aquellos riesgos que dejan de ser riesgosos puesto que la gestante no solo está en buen desarrollo de su embarazo sino que ha transcurrido un tiempo suficiente para que ese riesgo deje de serlo. Por ejemplo, aborto(s) previo(s) un año o dos anteriores, que en la primera consulta prenatal antes de la semana 10 de gestación, clasifica como riesgo obstétrico alto, pero si su embarazo ya está en la semana 28 o 30, ya no habrá riesgo de aborto, por tanto si esa fue la causa del riesgo obstétrico como riesgo obstétrico alto, entonces ya podría re-clasificarse en la semana 28 o 30 como riesgo obstétrico bajo, si no existe otra condición que obligue a mantener la clasificación riesgo obstétrico alto.

El Ministerio de Salud recomienda la consulta por el gineco-obstetra en las semanas 34-36 para una nueva valoración del riesgo, control prenatal que debe ser proporcionado por un grupo de profesionales con los que la gestante se sienta cómoda y se garantice la adecuada continuidad de la atención durante el período prenatal. Se recomienda realizar el primer control prenatal en el primer trimestre, idealmente antes de la semana 10 de gestación. Para una mujer nulípara con un embarazo de curso normal, se recomienda un programa de diez citas. Mujer múltipara con un embarazo de curso normal se recomienda un

programa de siete citas (1).

El índice de masa corporal (IMC) es un factor de riesgo que puede ser modificable durante el control prenatal, si la gestante tiene un IMC en el límite de la curva de normalidad, bien sea hacia sobrepeso o hacia bajo peso. En esta revisión se encontró que 44 gestantes fueron clasificadas con un riesgo obstétrico alto y con sobrepeso o con bajo peso cercano al límite (8). Es congruente considerar que el IMC de esas gestantes podría ser modificable durante el control prenatal y por tanto valorar si persiste o no la categoría de riesgo obstétrico alto o se modifica a riesgo obstétrico bajo. El IMC de la gestante se registra en la cita de inscripción al control prenatal y con base en ese valor se pueden establecer metas de ganancia de peso de acuerdo con los siguientes parámetros: “• IMC 12.0 a 18.4 kg/m<sup>2</sup> = ganancia entre 12 a 18 Kg • IMC entre 18.5 y 24.9 kg/m<sup>2</sup> = ganancia entre 11.5-16 Kg • IMC entre 25.0 y 29.9 kg/m<sup>2</sup> = ganancia entre 7 a 11.5 Kg • IMC >30 kg/m<sup>2</sup> = ganancia entre 6.0 Kg” (4). Es recomendable discutir y hacer conocer esta situación en cada caso de manera individual con la gestante. Estas mediciones, si bien conocidas y aplicadas en el primer control prenatal, basadas en la tabla de Atalah (8) dirigida a medir el IMC según semanas de gestación que se sigue hoy en día como una guía adecuada para valorar el IMC, en la ESE-O no se están cumpliendo de manera sistemática durante la gestación.

UNICEF Sinergias evaluó en 2018 la calidad de la atención obstétrica y del recién nacido para reducir la mortalidad materna en varios municipios del departamento del Cauca, encontraron dificultades similares a las que generaron el Plan de Choque en 2012 en Cali, tales como falta de articulación interinstitucional, fraccionamiento de la atención y dificultades en los sistemas de información, pero también que los hallazgos de su trabajo se reflejaron luego en mejoras en la calidad de la atención en varios de los municipios evaluados y monitoreados (9).

Los días entre la inscripción y el primer control prenatal por el médico general no parecen depender de la edad o el riesgo obstétrico, pero lo esperable y que debe estandarizarse es que sean entre 7 y 10 días, o el mismo día de la inscripción si se clasifica como riesgo obstétrico muy alto. Solo el 46.7% fueron atendidas en ese rango de tiempo. Para la consulta con el médico gineco-obstetra, también se observaron varios casos en los cuales el tiempo entre la inscripción y el primer control prenatal prenatal

fue excesivamente largo. Esto debe y puede ser corregido.

Acudir al primer control prenatal en el segundo o tercer trimestre implica clasificar a la gestante en riesgo obstétrico alto, tal como se encontró en este estudio, pero esta tardanza parece que no tiene incidencia en el peso y talla de los recién nacidos puesto que en esta revisión nacieron con un peso y una talla normal (9 de cada 10 neonatos), similar a lo observado en Colombia donde 9% nacieron con bajo peso (10), y un bajo porcentaje con macrosomía, asociado a obesidad en la madre (11).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la clasificación del riesgo obstétrico realizada por el médico general o el médico gineco-obstetra y el peso al nacer, lo que invita a repensar el modelo de atención, dado que existen condiciones que llevan a categorizar la gestante como riesgo obstétrico alto, que pueden ser intervenidas, dada la capacidad resolutoria del HCHT, primer nivel de referencia de la Red de Salud Oriente de Cali y que garantizan un buen resultado materno-perinatal.

Las historias clínicas, fuente de datos para este estudio, contienen la información básica del control prenatal, pero no se utilizan de manera dinámica puesto que no se observa un uso continuo y crítico de la evolución del control prenatal, sino una mirada puntual, bien hecho en ese sentido, pero referida al momento mismo de la consulta sin referencia notoria a las consultas anteriores para poder evaluar el estado de la gestación desde la primera consulta, en especial si hay riesgos predefinidos. Se recomienda la revisión de las atenciones previas y la reclasificación del riesgo a lo largo de la gestación.

## Conclusiones

El control prenatal inicial en las 8 IPS de la ESE Oriente donde se atienden gestantes cumple los requerimientos del Plan de Choque establecidos por la Secretaría de Salud de Cali en 2012, pero se observan fallas en el seguimiento puesto que las intervenciones sobre el riesgo obstétrico no muestran claramente la adherencia a normas del MSPS o a las recomendaciones de la OPS/OMS o del CLAP, especialmente en la semana 36 del embarazo, lo cual puede generar remisiones innecesarias a niveles de complejidad superior.

Las historias clínicas son fuente importante de evaluación y seguimiento en casos como los analizados en este estudio, por lo cual se recomienda igualmente acudir con mayor frecuencia a su revisión y evaluación. En este estudio no se encontró una relación del peso de los recién nacidos con la clasificación del riesgo obstétrico. Se requieren evaluaciones sistemáticas, de este tipo, en todas las entidades de salud con atención a la gestante. Este estudio no tiene validez externa, es decir los resultados y la discusión no son extrapolables a otras ESE o IPS de la ciudad, aunque si tiene validez interna para las IPS de la ESE Oriente. Contribuye e invita a otras ESE de Cali o del país a revisar el estado de evaluación del riesgo obstétrico de las gestantes en CPN, así como la evaluación final del embarazo cuando termina en parto.

## Referencias

1. Minsalud; Colciencias. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio.

Guías No. 11. Ministerio de Salud; 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>

2. OPS/OMS. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/anc-positive-pregnancy-experience-summary/es/>

3. Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Durán P, Mainero L, Rubino M. Sistema informático perinatal (SIP): Historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. (CLAP/SMR. Publicación científica 1584. 2a ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2011.

4. Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Serruya S. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS: guía para la práctica básica; 2011.

5. Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: CLAP/SMR. CLAP/SMR. Publicación Científica 1594; 2012.

6. Naciones Unidas UNDP. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades; 2021. Disponible en: <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals#salud-y-bienestar/>

7. Secretaria Salud de Cali. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna; 2012. Disponible en: [https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/19878/plan\\_de\\_choque\\_para\\_la\\_reduccion\\_de\\_la\\_mortalidad\\_materna/](https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/19878/plan_de_choque_para_la_reduccion_de_la_mortalidad_materna/)

8. Atalah E, Castro R. Obesidad materna y riesgo reproductivo. Rev Médica Chile. 2004; 132(8): 923-30. Doi: 10.4067/S0034-98872004000800003.

9. UNICEF Sinergias ONG. Herramientas para mejorar la atención en salud de gestantes y recién nacidos. Salud materno – infantil; 2021. Disponible en: <https://www.sinergiasong.org/cajasdeherramientas/prenatal/directivas>

10. Instituto Nacional de Salud; MINSALUD. Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Protocolo de vigilancia en salud pública. Bajo peso al nacer a término. Report No.: Versión 03; 2016. Disponible en: <https://www.subredsuoccidente.gov.co/sites/default/files/documentos/PRO%20Bajo%20peso%20al%20nacer%20a%20termino.pdf>

11. Agudelo-Espitia V, Parra-Sosa BE, Restrepo-Mesa SL. Factores asociados a la macrosomía fetal. Rev Saúde Pública. 2019;53:100. Doi: 10.11606/s1518-8787.2019053001269

©Universidad Libre 2024. Licence Creative Commons CCBYNC-ND-4.0. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

