

ARTÍCULOS ORIGINALES

Caracterización de gestantes en la empresa social del Estado Santiago de Tunja, primer semestre de 2013

DAVID ESTEBAN REBELLÓN¹, TANIA JULIETH PARRA¹, FREDY HERNÁNDEZ², FERNEY VALENCIA², ANDRÉS FERNANDO LINARES², ANA YERVID RODRÍGUEZ³, LUDY ALEXANDRA VARGAS⁴

Resumen

Introducción: Los cambios fisiológicos y las condiciones sociodemográficas, clínicas y obstétricas durante el embarazo llevan a predisponer alteraciones de morbimortalidad en las gestantes. El presente estudio busca caracterizar las gestantes que acudieron a control prenatal en la ESE Santiago de Tunja entre enero y junio de 2013. **Materiales y métodos:** Estudio de tipo observacional descriptivo que revisó las bases de datos de 910 gestantes para determinar las características clínicas y los factores de riesgo asociados. **Resultados:** Gestantes con edades entre 13 y 46 años, el 38% con edades de riesgo y el 68% con algún otro antecedente materno; el 46% con factor de riesgo para morbilidad materna, de los cuales el más frecuente era la alteración en el índice de masa corporal. El 12,5% de las gestantes manifestó cefalea como síntoma más frecuente de alarma y el 2,7% mostró alteración en la presentación fetal. El 97% recibió indicaciones sobre el curso psicoprofiláctico, orientación en guía alimentaria nutricional, y el 72%, asesoría en planificación familiar antes del embarazo. **Conclusiones:** La caracterización de gestantes permitió tener conocimiento del contexto sociodemográfico, clínico, obstétrico y de los programas institucionales hacia la promoción y la prevención. Los antecedentes maternos y los factores de riesgo para morbilidad materna fueron los más frecuentes. Por lo tanto, es necesario su detección temprana e intervención.

1. Estudiante programa de Medicina. Miembro del Semillero de Investigación del Grupo de Investigación Biomédica y Patología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia.
2. Estudiante del programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia.
3. Bacterióloga. Magíster en Microbiología. Docente asociada al programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud. Miembro del Grupo de investigación Atención Primaria en Salud, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia.
4. Médica. Magíster en Educación. Docente asistente del programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia. Miembro del grupo de investigación Atención Primaria en Salud.

Recibido: 13/03/2015

Revisado: 13/07/2015

Aceptado: 23/09/2015

Univ. Méd. ISSN 0041-9095. Bogotá (Colombia), 56 (4): 439-453, octubre-diciembre, 2015

Palabras clave: características de las gestantes, atención prenatal, embarazo, factores de riesgo.

Title: Characterization of Pregnant Women in the Social Enterprise State Santiago de Tunja, First Half of 2013

Abstract

Introducción: Physiological changes, socio-demographic, clinical and obstetric conditions during pregnancy lead to alterations predispose morbimortality in pregnant women. This study aims to characterize pregnant women attending antenatal care in the ESE Santiago de Tunja between January and June 2013. **Materials and methods:** Observational-descriptive study, in which databases were reviewed to determine the clinical characteristics and risk factors in 910 pregnant women. **Results:** Pregnant women aged between 13 and 46 years, 38% aged risk and 68% with another maternal history; 46% with maternal risk factor for morbidity being altered in the most common index body mass. 12.5% of total pregnant women have reported headache as the main symptom of alarm and 2.7% have showed alteration in the presentation of the fetus, and 12.5% reported headache as the main symptom of alarm. The 97% have received information about the psychoprophylactic course, guidance on food nutrition guide, and 72% received counseling on family planning before pregnancy. **Conclusions:** The characterization of pregnant women allowed to knowing socio-demographic, clinical and obstetric context and institutional programs towards the promotion and prevention. Maternal history and risk factors for maternal morbidity were the most frequent. Therefore, early detection and intervention is necessary.

Key words: pregnant characteristics, prenatal care, pregnancy, risk factors.

Introducción

Durante el embarazo, la fisiología de las mujeres sufre algunas alteraciones

que se ven reflejadas sistémicamente; las más representativas ocurren en el sistema cardiovascular y desencadenan variaciones en las cifras tensionales [1,2]; de igual forma, también se ve afectado el sistema inmune, razón por la cual se incrementan las infecciones, especialmente en el tracto genital, donde hay una mayor susceptibilidad a las infecciones por *Candida*, *Gardnerella vaginalis* y otros agentes patógenos [3].

Sumado a los cambios fisiológicos de la mujer en la gestación, se reconocen varias condiciones que predisponen y se asocian con morbilidad materna como la edad, que se considera normal entre los 18 y los 35 años [4-6]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el embarazo adolescente como aquel que ocurre entre los 10 y los 19 años de edad, que se presenta en el 95 % de los casos en países en vía de desarrollo, y el 18% de estos ocurre en América Latina y el Caribe [7]. Conforme a esta clasificación, en Colombia el rango de edad gestacional normal oscila entre los 20 y los 35 años, y se consideran criterios de riesgo preconcepcional la edad menor a 20 años o mayor a 35 [8].

Otros factores de riesgo obstétrico y perinatal importantes son: el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo [9-11], la exposición al cigarrillo [12] y la anemia [13], clasificada según los criterios de la OMS en leve (Hb: 10-10,9 mg/dl), moderada (Hb:

7-9,9 mg/dl) y severa ($Hb < 7$ mg/dl) [14]. Esta última está asociada con susceptibilidad a infecciones, falla cardíaca por el incremento en la demanda de oxígeno, partos prematuros, síntomas mentales, debilitamiento físico, incremento de la mortalidad y empeoramiento sintomatológico de la diabetes [14].

Los datos epidemiológicos de la OMS del 2012 revelan que aproximadamente 8.000.000 de las mujeres embarazadas desarrollan complicaciones potencialmente mortales como consecuencia del embarazo y el parto, dentro de las cuales se incluyen infecciones, preeclampsia, placenta previa y rotura prematura de membranas [15]. La OMS estima que cada día mueren aproximadamente 800 mujeres por este tipo de complicaciones, de las cuales el 99% de las muertes ocurre en países en vía de desarrollo [16], con una razón de mortalidad materna (RMM) de 450 por cada 100.000 nacidos vivos [17], y en Colombia para el 2010 la cifra fue de 92 muertes por cada 100.000 nacidos vivos [18].

Cerca del 95% de los casos de mortalidad materna en América Latina y el Caribe se pueden prevenir, y contrastan con el quinto objetivo del milenio propuesto por la OMS, que está enfocado en reducir las tasas de mortalidad y morbilidad materna [19]. El Instituto Nacional de Salud de Colombia, con el fin de disminuir la RMM, ha imple-

mentado un sistema de vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema, cuya función es identificar las madres con condiciones que amenacen potencialmente su vida para que se les brinde la respuesta oportuna y adecuada que evite su muerte [4].

Todas las entidades de riesgo y demás condiciones de anormalidad deben ser reconocidas por el médico cuando acuden a la consulta, a fin de ejecutar medidas de intervención y planificar políticas de promoción y prevención que contribuyan a disminuir la morbilidad materna [8,20].

La escasa información consolidada sobre las características y los factores de riesgo de la población gestante de la ciudad de Tunja ha motivado a la realización de este estudio con el cual se busca identificar y cuantificar variables asociadas a morbilidad y mortalidad en madres gestantes que acudieron al control prenatal en el primer semestre del 2013, a la Empresa Social del Estado (ESE) Santiago de Tunja.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de tipo observacional-descriptivo en el cual se revisaron las bases de datos de la ESE Santiago de Tunja (Colombia), institución prestadora de servicios de salud, entidad pública de primer nivel de atención, para determinar las características

clínicas y los factores de riesgo en 910 gestantes que acudieron a consulta de primera vez (553 gestantes) y a consulta de control de embarazo (357 gestantes) en esta institución en el primer semestre del 2013. Se analizaron variables como:

Antecedentes maternos: edad, gestaciones previas, pérdida de producto de embarazo, cesárea, periodo intergenésico menor a dos años, hijos prematuros o con bajo peso al nacer y enfermedad previa.

Factores de riesgo para morbilidad materna: violencia, malnutrición o índice de masa corporal (IMC) < 20 o > 30, hemoglobina (Hb) < 7 mg/dl o palidez palmar intensa, drogadicción, alcoholismo o tabaquismo, factor RH negativo, exposición a agentes teratogénicos y controles prenatales insuficientes.

Anormalidades durante la gestación: malformación congénita detectada en ecografía, presentación anormal del feto, cifras anormales de tensión arterial (Ta) y frecuencia cardiaca (Fc), presencia de síntomas como: fiebre, cefalea, vómito, trastornos visuales, pérdida de la conciencia, epigastralgia, edema (en cara, manos o piernas), pérdidas vaginales y presencia de enfermedad sistémica severa o infecciones.

Asistencia a programas de promoción y prevención: asesoría en planificación familiar (antes del embarazo), vacunación contra difteria y tétanos (DT) (una vez

confirmado el estado de embarazo), curso psicoprofiláctico (durante el embarazo), guía alimentaria y nutricional (durante el embarazo), signos y síntomas de alarma (durante el embarazo).

Las bases de datos de gestantes fueron suministradas por la institución de salud, previo permiso y autorización, con el compromiso de garantizar la confidencialidad de los datos. Para el procesamiento de la información se utilizó el programa Excel (Microsoft Office 2007), lo que permitió la confección de tablas estadísticas que incluyeron frecuencias absolutas y porcentajes de cada variable estudiada.

Resultados

En cuanto a antecedentes maternos: en las 910 gestantes, las edades oscilaron entre los 13 y los 46 años, con una media de 24 años. El grupo de edad más frecuente fue de 20 a 35 años (566 gestantes: 62,2%). El 99,1% fueron multíparas. El 25% de las pacientes presentó pérdida de producto del embarazo, de las cuales el 68% fue aborto y el 32% fue muerte perinatal. Con antecedente de cesárea hubo un 4,6%; con periodo intergenésico menor a dos años, 11%, y con antecedente de hijos prematuros o con bajo peso al nacer, 4%.

El 5% de las gestantes presentaron alguna enfermedad sistémica previa; el 98%, controlada predominando la hipertensión arterial, la diabetes y el hipotiroi-

dismo, y solamente el 2% correspondió a hipertensión no controlada y diabetes no controlada.

Factores de riesgo para morbilidad materna: de las 910 pacientes descritas, el 41% tenía IMC < 20 o > 30; el 3,3% tenía factor RH negativo; el 1% refirió haber consumido alguna sustancia psicoactiva durante la gestación (cigarri- llo, alcohol o drogas ilícitas) y el 0,6% manifestó ser víctima de violencia in- trafamiliar o violencia sexual.

El 46% de las gestantes presen- tó algún factor de riesgo descrito para morbilidad materna. La valoración del riesgo obstétrico se encontró en todas las gestantes: el 68% tuvo algún factor de riesgo adicional a morbilidad materna para clasificarlas como gestante de alto riesgo obstétrico y el 32% de las ges- tantes no tuvo ningún factor de riesgo y estuvo clasificada como de bajo riesgo obstétrico. Para el 80% el control pre- natal fue insuficiente (menor o igual a 4 controles), pero este dato varía debido a que se encontraron edades gestacionales muy tempranas. El promedio en el nú- mero de consultas por gestante fue de 3. Con relación al inicio del control prena- tal temprano, se tomaron los datos de la consulta de primera vez (553 gestantes) y se encontró que 375 (68%) iniciaron control prenatal temprano (antes de las 12 semanas de gestación) y 178 (32%) iniciaron un control prenatal tardío (des- pués 13 semanas de gestación).

Con respecto a las anomalías du- rante la gestación: el 2,7% de las gestan- tes evidenció una presentación anormal del feto; el 7%, alteraciones en la tensión arterial, y el 0,1% malformaciones con- génitas diagnosticadas por ecografía. La alteración de la frecuencia cardiaca (< 60 y > 90 latidos por minuto) se presentó en el 3,5%. Los síntomas de alarma pre- sentes fueron: cefalea (12,5%), vómito (4,7%) y trastornos visuales (2,3%).

Los resultados para la asistencia a programas de promoción y prevención mostraron que más del 97% de las gestantes recibieron indicación para el curso psicoprofiláctico; sin embargo, no se obtuvieron datos con relación a la asistencia, orientación en la guía ali- mentaria y nutricional e información sobre signos y síntomas de alarma. El 72% recibió asesoría en planificación familiar antes del embarazo, pero no se registraron datos de la asesoría realiza- da durante el embarazo. La cobertura de vacunación de DT primera dosis fue del 85%, y para la segunda dosis, del 70%. Se aplicaron terceras dosis a gestantes con periodo intergenésico corto.

En la tamización para infeccio- nes durante el embarazo, se encontró un 5% con infección de vías urina- rias, 3% con infecciones vaginales y el 0,3% como nuevos casos de sífilis gestacional. No se presentaron casos confirmados para toxoplasmosis, VIH y hepatitis B (tabla 1).

Tabla 1. Características clínicas y factores de riesgo en gestantes

Variable	Número de pacientes	%
Antecedentes maternos		
Edad en años al momento del embarazo		
Menor o igual a 14	12	1,3
Mayor a 14 y menor o igual a 19	264	29,0
De 20 a 35	566	62,2
Mayor a 35	68	7,5
Antecedente de gestaciones previas		
Primigestantes	8	0,9
Multigestantes	902	99,1
1	373	41,0
2	245	27,0
3	162	17,9
Más de 4 gestaciones	122	13,4
Pérdida del producto del embarazo		
Aborto	155	68,0
Muerte perinatal	71	32,0
Antecedente de cesárea		
	42	4,6
Periodo intergenésico menor a dos años		
	98	11,0
Hijos prematuros o con bajo peso al nacer		
	34	4,0
Enfermedades previas presentadas en las gestantes		
Enfermedad sistémica controlada	42	4,6
Hipertensión controlada	15	1,6
Diabetes controlada	6	0,6
Hipertiroidismo	1	0,1
Otras patologías	20	2,2
Enfermedad sistémica no controlada	3	0,3
Diabetes no controlada	2	0,2
Hipertensión no controlada	1	0,1
Morbilidad materna		
IMC < 20 o > 30	377	41,0
Controles prenatales		
Controles prenatales insuficientes	730	80,0

Controles prenatales suficientes	180	20,0
RH negativas	30	3,3
Drogadicción, alcoholismo y tabaquismo	9	1,0
Violencia intrafamiliar o violencia sexual	6	0,6
Hb < 7 mg/dL o palidez palmar intensa	2	0,2
Exposición a agentes teratógenos (venenos, organofosforados, medicamentos)	1	0,1
Anormalidades durante la gestación		
Malformaciones congénitas diagnosticadas por ecografía	1	0,1
Tensión arterial igual o superior 140/90	7	0,7
Frecuencia cardíaca		
Normal	878	96,4
Mayor a 90 lpm	16	1,7
Menor a 60 lpm	16	1,7
Presentación anormal del feto	25	2,7
Presencia de síntomas de alarma		
Cefalea	114	12,5
Vómito	43	4,7
Trastornos visuales	21	2,3
Fiebres no explicadas	7	0,7
Pérdida de la conciencia	1	0,1
Asistencia a programas de promoción y prevención		
Asesoría en planificación familiar antes del embarazo	654	72,0
Indicaciones sobre curso psicoprofiláctico	910	100,0
Orientación en guía alimentaria y nutricional	882	97,0
Información sobre signos y síntomas de alarma	883	97,0
Tamizaje de infecciones durante el embarazo		
Infecciones de vías urinarias	46	5,0
Infecciones vaginales	28	3,0
Sífilis gestacional	3	0,3
Coberturas de vacunación		
DT primera dosis	NA	85,0
DT segunda dosis	NA	70,0

NA: no aplica.

Fuente: base de datos ESE Santiago de Tunja y Sivigila, 2013.

Discusión

Los resultados de este estudio evidenciaron que el 68% de las gestantes se clasificó como alto riesgo obstétrico, situación alarmante teniendo en cuenta que en otros países la incidencia de esta condición corresponde aproximadamente al 20% de los embarazos y de los cuales más del 80% presenta resultados perinatales adversos [3,19,21].

Las estrategias de promoción y prevención durante el embarazo en la ESE Santiago de Tunja han llevado a conocer los diferentes factores de riesgo maternos y perinatales; pudiendo tomar decisiones oportunas. En lo referente a las bajas coberturas de vacunación según lineamientos de la Secretaría de Salud, se requiere reforzar el Programa Ampliado de Inmunizaciones dirigido a las gestantes. En cuanto a la prevención de embarazos en adolescentes, es importante aumentar los programas de educación según la política de salud sexual y reproductiva.

En Colombia, según la información presentada por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2010, se observó que el 19,5% de las adolescentes ha estado embarazada en algún momento [22]. Los datos obtenidos en el presente estudio revelaron que el 30,3% de las gestantes caracterizadas en la ESE Santiago de Tunja (Colombia) son adolescentes (menores de 20 años), datos

por encima del promedio nacional, en un 10,5%. A esta situación se suman los datos de Caicedo y cols. [23], en el 2010, quienes realizaron un estudio para determinar las complicaciones maternas y neonatales en pacientes embarazadas adolescentes y mayores de 35 años, al estudiar 88 pacientes, de las cuales 40 fueron adolescentes y 48 eran mayores de 35 años. Los autores encontraron que las añosas tenían un porcentaje más alto de antecedentes patológicos y la incidencia de complicaciones durante el embarazo en adolescentes era del 77,5% y en añosas era del 68,8%. Las complicaciones neonatales fueron mayores en adolescentes 47,5% que en añosas 31,25% [23]. En realidad, las mujeres con edades por encima de los 35 años son más propensas a presentar complicaciones y a desarrollar algún tipo de morbilidad [5].

En la ESE Santiago de Tunja, el 37,8% de las gestantes pertenecía a los grupos de riesgo según la edad: el 7,5% de las gestaciones ocurrieron en mujeres mayores de 35 años, el 30,3% en adolescentes (menor de 20 años). A su vez, dentro de este grupo se encontró que 1,3% de las pacientes tenía 14 años o menos. Estas últimas cifras son alarmantes, debido a que, según la normatividad colombiana, todo embarazo en menores de 14 años o menos es abuso sexual [24]; además, se ha encontrado que las madres muy jóvenes, especialmente las menores de 15 años, tienen

una mortalidad materna 2,5 veces mayor que las de 20 a 24 años, a esto se suma una tasa de mortalidad infantil del doble que el promedio nacional [25]. Por tal motivo, es importante reforzar la política de salud sexual y reproductiva, principalmente garantizando el acceso a los servicios amigables de los adolescentes y a los modernos métodos de planificación familiar. En el componente de maternidad segura garantizar el acceso a la consulta preconcepcional es fundamental para identificar de forma precoz factores de riesgo involucrados en la gestación [26].

De los datos de antecedente de muerte perinatal o aborto es muy difícil realizar una comparación en nuestro medio por la ausencia de estudios que calculen la incidencia de estas situaciones [27]; sin embargo, es representativo que del 25% de gestantes que tenía el antecedente de pérdida de producto de embarazo, el 32% de los casos fue debido a muerte perinatal y el 68% por aborto, de los cuales no se realizaron estudios y se desconocen las causas. Por su parte, los valores de enfermedad sistémica previa se encuentran en rangos aceptables con una estimación porcentual de enfermedad sistémica controlada del 4,6%, y no controlada del 0,3%.

Se evidencia que solo el 0,6% de las gestantes refirió haber sufrido violencia intrafamiliar o violencia sexual, dato que puede correlacionarse con el siste-

ma de vigilancia en salud pública, por probable subregistro. Sin embargo, se deben enfocar las acciones de las políticas de promoción y prevención hacia la denuncia, la detección temprana, la educación y el seguimiento de estos casos.

El 41% de las gestantes presentaron un IMC < 20 o > 30, cifra por debajo de los resultados reportados en un estudio realizado sobre el análisis de la situación en salud de Ciudad Bolívar, en el 2011, en Bogotá, donde muestran para el primer semestre del 2011 que el 30% de las pacientes en periodo de gestación presentó bajo peso; el 31%, sobrepeso y obesidad; es decir, el 61% de estas pacientes se encontraron en estado de malnutrición [28]. Respecto a estos grupos de pacientes, se ha hallado que las gestantes obesas (IMC > 30), al compararlas con gestantes con un IMC < 30 tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus gestacional (OR 2,6 y 4,0), hipertensión gestacional (OR 2,5 y 3,2), preeclampsia (OR 1,6 y 3,3) y macrosomía fetal (OR 1,7 y 3,9) [29]. Así mismo, la malnutrición en las gestantes (IMC < 20) se asocia con una mayor incidencia de abortos, prematuridad, mayor susceptibilidad a infecciones perinatales e incremento en la mortalidad infantil [30,31]. En este sentido, los datos obtenidos en la ESE Santiago de Tunja denotan la necesidad de fortalecer la orientación a las mujeres en edad fértil y gestantes respecto a la alimentación y prácticas saludables para disminuir los

índices de obesidad y malnutrición, a fin de evitar las complicaciones que se desarrollan tanto en la madre como en el feto, consecuencia de esta situación [31].

En cuanto a los hemogramas analizados, se presentan dos pacientes con cifras correspondientes a anemias severas según los criterios de la OMS (14). Este valor representa el 0,2% del total de las pacientes incluidas en el análisis de la ESE Santiago de Tunja y se destaca que ambos casos se tuvieron en menores de 20 años.

Por otra parte, bajo la premisa que el control prenatal temprano es aquel que se realiza antes de la semana 12 de gestación e idealmente antes de la semana 10 [32,33], se aprecia que el 68% de las gestantes que acudieron a la ESE Santiago de Tunja inició su control durante el primer trimestre; sin embargo, se observó un promedio de 3 controles prenatales por gestantes. Aunque no se obtuvieron datos del porcentaje de inasistentes, se aprecian bajos indicadores con relación a los controles prenatales suficientes, con incumplimiento en cuanto al mínimo de controles gestacionales recomendados por la literatura [20], pues tan solo el 20% de las pacientes estudiadas cumplió con todos sus controles prenatales. Sería interesante realizar un estudio del motivo de la asistencia o la causa de los controles insuficientes en las gestantes de la empresa.

En la ESE Santiago de Tunja, del total de las 910 gestantes, se registró en el 1,75% trastorno hipertensivo de la gestación, cifra similar a la del estudio de prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo realizado en la ciudad de Manizales en la ESE Atención en Seguridad Social, Bienestar y Salud (Assbasalud), por Agudelo y cols. [34], en el 2010, en el cual de un total de 1428 pacientes encontraron una incidencia del 0,7% (10 casos) en trastorno hipertensivo durante la gestación. Las cifras tensionales en las mujeres gestantes de la ESE Santiago de Tunja en general son bajas y es de vital importancia mantener estos índices en la población. Por otra parte, los registros de las complicaciones durante el embarazo evidencian que el 90% de las pacientes no las presentaron; valor cercano al 96% reportado en la ESE Assbasalud en Manizales, Colombia [34]. Estos resultados indican un adecuado control de las gestantes; sin embargo, para mantener las cifras se requiere fortalecer estrategias para la identificación precoz y el seguimiento de los factores de riesgo que ocasionan las complicaciones señaladas en las gestantes.

En cuanto a tamizaje de enfermedades infecciosas de transmisión vertical durante el embarazo, se encontró un 0,3% de casos de sífilis gestacional confirmados por laboratorio. Teniendo en cuenta que la sífilis congénita y la gestacional, dada su gravedad, es un problema de salud pública que requiere ser

vigilado periódicamente, con fortalezas en el sistema de vigilancia, promoción y prevención de esta enfermedad y que deben mantenerse y mejorarse continuamente [35], este estudio observó una adecuada notificación del evento, sin contar con el seguimiento en la evolución de la transmisión.

Referente a los problemas de salud oral, se encontraron debilidades en la clasificación de las distintas patologías reportadas, ya que se toman como criterio de tamizaje los problemas odontológicos y de la salud bucal, sin evaluar de manera individual los signos y los síntomas de enfermedad bucal. A diferencia de los resultados encontrados en un estudio en gestantes de la ciudad de Armenia, realizado por Rengifo y cols., en el 2008 [36], donde determinaron el estado bucodental de un grupo de gestantes de la ciudad de Armenia y encontraron que el estado de salud bucodental en las gestantes se altera con alta prevalencia de enfermedades como la caries dental (una enfermedad que existe antes de la gestación) y, adicionalmente, que la asistencia a consulta odontológica dentro de época de gestación no ocurre en la proporción ideal, de acuerdo con las necesidades evidenciadas.

El 72% de las pacientes refiere haber recibido asesoría en planificación familiar, y aunque el análisis de los indicadores de promoción y prevención no evidencien la asesoría previa al em-

barazo, se requiere más acciones de impacto en este programa.

La cobertura de vacunación para DT es del 85% para la primera dosis y del 70% para la segunda dosis, lo cual está por debajo de lo esperado en las metas del Programa Ampliado de Inmunizaciones para gestantes, que es del 95%, según los lineamientos departamentales [37].

En el 100% de los casos se brindó una adecuada información a las pacientes sobre los cursos psicoprofilácticos que ofrece la ESE Santiago de Tunja; sin embargo, no fue posible el acceso a los indicadores de asistencia a estos cursos. Al ser la malnutrición la principal comorbilidad encontrada en este grupo de gestantes, hay registros en cuanto a que se realizó el asesoramiento nutricional en el 97% de las pacientes, lo cual demuestra un alto tamizaje hacia este evento.

Los programas de promoción y prevención dirigidos a las mujeres en edad fértil deben fomentar los modos y las condiciones de vida saludable con énfasis en la nutrición, promover la consulta de planificación familiar y preconcepcional, así como sugerir otras acciones que contribuyan a disminuir los antecedentes maternos y causas de morbilidad que actúan como factores de riesgo durante la gestación. Las gestantes con edades de riesgo (principalmen-

te las adolescentes), la malnutrición, las primigestantes o multigestantes con más de 4 hijos, las gestantes con antecedente de pérdida del producto del embarazo y aborto sin causas específicas deben abordarse con mayor atención.

Las limitaciones de este estudio fueron no conocer las complicaciones obstétricas presentes durante el parto y el posparto, así como las complicaciones neonatales presentes en los recién nacidos de las gestantes caracterizadas. Este estudio permitirá continuar el desarrollo de investigaciones en morbilidad materno-infantil que contribuyan al fortalecimiento de las políticas en salud materna y de la infancia.

Conclusiones

La caracterización de las gestantes que acuden a una institución de salud permite tener conocimiento acerca del contexto sociodemográfico, clínico e institucional para el desarrollo de los programas de promoción y prevención acordes con la realidad de la población.

Los antecedentes maternos y los factores de riesgo para morbilidad materna fueron los más frecuentes en el grupo estudiado. Por tanto, es necesario su detección temprana e intervención.

El 68 % de las gestantes que acudieron a la ESE Santiago de Tunja fueron clasificadas como de alto riesgo obsté-

trico. Porcentaje alto que no se esperaba en una institución de primer nivel de atención, lo cual evidencia que se requiere contar con mejores instrumentos de clasificación, con sistemas de referencia y contrarreferencia funcionales y con monitoreos continuos a la calidad de la atención.

Los programas de promoción y prevención dados a las gestantes en la ESE Santiago de Tunja cumplen con las orientaciones en preparación del parto, signos de alarma y programas de nutrición y salud oral; sin embargo, falta medir las causas o demoras en el cumplimiento de los controles prenatales, el impacto de la asistencia a los programas y cursos y la apropiación por parte de la gestante de las recomendaciones dadas por el personal de salud.

Referencias

1. Ouzounian J, Elkayam U. Physiologic changes during normal pregnancy and delivery. *Cardiol Clin.* 2012;30(3):317-29.
2. Heidemann B, McClure J. Changes in maternal physiology during pregnancy. *Brit J Anaesth.* 2003;3(3):65-8.
3. Anderson B, Figueroa H, Dahlke J, Raker C, Hillier S, Cu-Uvin S. Pregnancy-induced changes in immune protection of the genital tract: defining normal. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208(4):321-9.
4. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Protocolo de prevención vigilancia y control de la morbilidad materna extrema. Bogotá, Colombia; 2013.

5. Velde E, Habbema D, Leridon H, Eijkemans M. The effect of postponement of first motherhood on permanent involuntary childlessness and total fertility rate in six European countries since the 1970s. *Hum Reprod.* 2012;27(4):1179-83.
6. Upson K, Reed S, Prager S, Schiff M. Factors associated with contraceptive nonuse among US women ages 35-44 years at risk of unwanted pregnancy. *Contracept.* 2010;81(1):427-34.
7. World Health Organization. Adolescent pregnancy: a culturally complex issue. *Bull of the WHO.* 2009;87(6):410-1.
8. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Sociedad Colombiana de Pediatría, Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI): cuadro de procedimientos. Bogotá, Colombia; 2012.
9. Pinto S, Dodd S, Walkinshaw S, Sinney C, Kakkar P, Moussa H. Substance abuse during pregnancy: effect on outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;150(1):137-41.
10. Power C, Atherton K, Thomas C. Maternal smoking in pregnancy adult adiposity and other risk factors for cardiovascular disease. *Atherosclerosis.* 2010; 211:643-8.
11. Hannigan J, Chiodo L, Sokol R, Janisse J, Ager J, Greenwald M, Delaney V. A 14 year retrospective maternal report of alcohol consumption in pregnancy predicts pregnancy and teen outcomes. *Alcohol.* 2010:583-94.
12. Lessa B, Gigante D, Nazmi A, Silveira V, Oliveira I, Victora C. Maternal smoking during pregnancy and risk factors for cardiovascular disease in adulthood. *Atherosclerosis.* 2011;219(1):815-20.
13. Gangopadhyaya R, Karoshia M, Keith L. Anemia and pregnancy: A link to maternal chronic diseases. *Int J Gynecol Obstet.* 2011;115(1):11-5.
14. World Health Organization. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005 [internet]. Geneva, Switzerland; 2008 [citado 2013 sep]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657_eng.pdf.
15. World Health Organization. Maternal mortality [internet]. Geneva, Switzerland; 2012 [citado 2013 sep]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). La mortalidad materna disminuye demasiado lentamente [internet]. Ginebra, Suiza; 2007 [citado 2013 sep]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr56/es/index.html>.
17. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Protocolo de vigilancia y control de mortalidad materna. Bogotá, Colombia; 2011.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sanitarias mundiales. Ginebra, Suiza; 2013.
19. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Washington; 2011.
20. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SRP), OPS/OMS. Estrategia de monitoreo y evaluación: plan reducción morbimortalidad materna grave. Montevideo, Uruguay; 2012.
21. Bernales B, Ebensperger E. Embarazo de alto riesgo. *Medwave Estudios y Publicaciones Biomédicas.* 2012;12 (5):1-8.

22. Profamilia, Asociación Probienestar. Encuesta nacional en demografía y salud 2010. Bogotá, Colombia; 2011.
23. Caicedo F, Ahumada F, Bolaños M, Ortega O, Tejada C. Complicaciones maternas y neonatales en pacientes embarazadas adolescentes y mayores de 35 años durante julio a septiembre de 2008. *Rev Fac Cienc Sal.* 2010;12(2):1-9.
24. Ley 1098/2006, Código de la Infancia y la Adolescencia.
25. Bonilla O. Madres adolescentes: perfil epidemiológico y asociación con trastornos depresión, ansiedad y adaptativo. [tesis para optar al título en Ginecología y Obstetricia]. Universidad CES, Medellín, Colombia; 2009.
26. Sarfraz M, Hamid S. Challenges in delivery of skilled maternal care-experiences of community midwives in Pakistan. *Pregnancy and Childbirth.* 2014;14(1):-1-13.
27. Secretaría de Salud Distrital de Bogotá. Mortalidad perinatal. Bogotá, Colombia; 2000.
28. Hospital Vista Hermosa ESE. Análisis de situación en salud de Ciudad Bolívar [internet]; 2011 [citado 2013 sep]. Disponible en: http://www.hospitalvista-hermosa.gov.co/web/node/sites/default/files/boletines_2012/analisis_situacion_salud_2012.pdf
29. Weiss JL, Malone FD, Emig D, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate – a population based screening study. *FASTER Research Consortium. Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:1091-7.
30. Opara J, Adebola H, Oguzor N, Abere S. Malnutrition during pregnancy among child bearing mothers in Mbaitolu of South-Eastern Nigeria. *Adv Biol Res.* 2011;5(2):111-5.
31. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Colciencias. Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Bogotá, Colombia; 2013.
32. Manzi A, Munyaneza F, Mujawase F, BanamwanaL, Sayinzoga F, Thomson DR, et al. Assessing predictors of delayed antenatal care visits in Rwanda: a secondary analysis of Rwanda demographic and health survey 2010. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2014;14(1):1-8.
33. Ministerio de la Protección Social (MPS). Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública: guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Bogotá, Colombia; 2007.
34. Agudelo M, Ramos L, Vélez A, Bucheli A, Salazar A, Meneses A, et al. Prevalencia de los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres embarazadas controladas en ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2006 a 2008. *Arch Med.* 2010;10(2):139-50.
35. García-Gutiérrez WD, Vélez-García MA, Congote-Arango LM, Martínez-Buitrago DM, Galeano-Cardón CL. Prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita, Cali-Colombia, 2010. *Rev Col Obstet Ginecol.* 2012;63(4):321-6.
36. Rengifo HA, Ciro F, Obando A, Roldan L, López A, López L. Estado bucodental en gestantes de la ciudad de Armenia, Colombia. *Rev Estomatol.* 2008;16(1):-8-12.
37. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Secretaría de Salud de Boyacá. Lineamiento para la vacunación con

Tdap (tétano, difteria, tos ferina acelular) para mujeres gestantes Boyacá, Colombia 2014 [internet]. [Citado 2013 sep]. Disponible en: <http://boyaca.gov.co/SecSalud/images/PAI/LINEAMIENTOS%20PAI%20BOYACA%202014.pdf>.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

Correspondencia

Ana Yervid Rodríguez

Calle 24 N° 5-63

Tunja, Colombia

anayervid.rodriguez@uptc.edu.co
