



Artículo de investigación

Partos en gestantes remitidas de un territorio disperso e indígena a un hospital universitario

Births in patients referred from dispersed indigenous areas to a university hospital

Andrea Bayona Camelo MD^a
Adriana Ardila-Sierra MD^b
Diana Rivera Triana MD^c
María Inés Sarmiento MD^d
César Piñeros Perilla^e

^aMedicina Familiar. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá DC, Colombia.

^bMSc., PhD., Salud Pública, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá DC, Colombia.

^cMSc Salud Pública, MSc Epidemiología Clínica, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

^dEpidemiología, MSc. Bioética, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá DC, Colombia.

^eEstadístico. Instructor Asociado. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

RESUMEN

Introducción: en el marco del nuevo modelo integral de atención en salud, piloto en Colombia, el cuarto nivel de referencia para el departamento de Guainía correspondió a un hospital universitario localizado en Bogotá. **Objetivo:** caracterizar las gestantes procedentes de Guainía con atención del parto en el Hospital de San José entre junio 2016 y junio 2018. **Metodología:** serie de casos con análisis descriptivo de variables. **Resultados:** los 29 fueron embarazos de alto riesgo, una edad mediana de 22 años (RIQ: 19 a 30), 73% procedían de zona urbana, 72% partos por cesárea, 52% pretérmino; 45% multíparas y dos embarazos gemelares. Todos los diagnósticos de remisión y egreso coincidieron, 55% tuvieron preeclampsia, 24% amenaza de parto pretérmino y 7% restricción del crecimiento intrauterino. En los neonatos 45% tuvieron bajo peso o bajo peso extremo al nacer, 41% requirieron cuidado intensivo y 38% ingresaron a plan canguro. No hubo casos de mortalidad materna ni perinatal. **Discusión:** las cero muertes reflejan el beneficio clínico con la remisión extradepartamental. La alta procedencia urbana puede deberse a fallas de registro y difícil acceso de las zonas dispersas. **Conclusión:** la remisión aérea de gestantes con riesgo alto a una institución predefinida de alta complejidad tiene beneficio clínico. Se requiere optimizar en el territorio de origen la atención prenatal y las acciones de salud pública, en especial para preeclampsia y bajo peso al nacer.

Palabras clave: embarazo de alto riesgo, complicaciones del embarazo, salud rural, población indígena, derivación y consulta.

© 2020 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Fecha recibido: noviembre 8 de 2019
Fecha aceptado: mayo 26 de 2020

Autor para correspondencia.
Dra. Andrea Bayona
mabayona@fucsulad.edu.co.

DOI
10.31260/RepertMedCir.01217372.983

ABSTRACT

Introduction: within the framework of the new pilot model of care in Colombia the high-level referral center from the department of Guainía corresponded to a university hospital located in Bogotá. **Objective:** to characterize pregnant women referred from Guainía with delivery care provided at Hospital de San José between June 2016 and June 2018. **Methodology:** case series descriptive study. **Results:** All 29 were high-risk pregnancies, median age 22 years (IQR: 19 to 39), 73% came from urban areas, 72% were cesarean deliveries, 52% preterm births, 45% multiparous mothers and there were two twin pregnancies. All referral and discharge diagnoses coincided, 55% had preeclampsia, 24% threatened preterm labor and 7% intrauterine growth restriction. Forty-five percent of neonates had low weight or extremely low weight at birth, 41% needed intensive care and 38% were admitted to the kangaroo plan. There were no maternal or perinatal deaths. **Discussion:** zero mortality reflects the clinical benefits of referral. The high number of urban origin of patients may be due to registration failures and difficult access from dispersed areas. **Conclusion:** Transfer of high-risk pregnant women by air to a pre-defined high complexity institution shows clinical benefits. Prenatal care and public health actions especially for preeclampsia and low birth weight need to be optimized in the region of origin.

Key words: high-risk pregnancy, complications of pregnancy, rural health, Indigenous community, referrals and consultation.

© 2020 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

A partir de mayo 2016 en Guainía, departamento de la amazonía colombiana de población dispersa (0,54 habitantes/km²), pluriétnico y con predominio de transporte fluvial, se está implementando el piloto del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en su versión para zonas dispersas, que apunta a mejorar el acceso y la calidad de los servicios.¹⁻³ Dado que el único hospital de Guainía es de segundo nivel, desde 2016 se integró a su red de atención el Hospital de San José ubicado en Bogotá. La decisión relativa al balance riesgo-beneficio de atender a los habitantes en el territorio o remitir por aire a Bogotá, supone una tensión.^{4,5} Por su relevancia para zonas dispersas, se ha adelantado una investigación con el propósito de analizar esta experiencia y extraer las lecciones para su replicación en otros territorios dispersos. El objetivo de esta serie de casos es describir las características demográficas, clínicas y epidemiológicas de las gestantes procedentes de Guainía, que tuvieron atención del parto durante su estancia en el Hospital de San José, en los dos primeros años de implementación del MIAS.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo tipo serie de casos, de 29 gestantes procedentes de Guainía, que tuvieron atención del parto en el Hospital de San José entre el 1 de junio 2016 y 30 de junio 2018. Se consultaron datos en esta institución y en el hospital de Inírida. Las variables de tipo cualitativo fueron analizadas por medio de frecuencias absolutas y relativas. En las cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión utilizando el software stata 13®.

Esta serie resulta del estudio “Experiencia de atención a pacientes procedentes de Guainía en dos hospitales universitarios”, aprobado por el Comité de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos del Hospital de San José de Bogotá y clasificado como investigación sin riesgo que involucra población indígena.

RESULTADOS

Las edades de las 29 pacientes oscilaron entre 15 y 40 años, con una mediana de 22 (RIQ: 19 a 30 años), 5 eran menores de 18 años. 73% procedían de la zona urbana de Inírida y en 14 (48%) no se encontraron registros de la etnia. Todas presentaban embarazo de alto riesgo, en 13 (45%) no se evidenció dato del número de controles prenatales, 6 (21%) tuvieron menos de 4 controles y 45% fueron múltiparas (**tablas 1 y 2**). Se presentaron dos casos de gestaciones gemelares monocoriales biamnióticas, uno con restricción del crecimiento intrauterino selectivo y otro con preeclampsia severa.

Aunque los datos sobre oportunidad de la referencia eran muy heterogéneos, en general la mayoría viajó a Bogotá en cuestión de horas y máximo 1 día. El riesgo biopsicosocial se reportó en 17% y correspondió a aquellas que fueron valoradas por el servicio de psicología del Hospital de Inírida o por trabajo social del Hospital de San José (**tabla 2**). 48%

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variable	N= 29	%
Edad		
<18 años	5	17
18 a 35 años	19	66
>35 años	5	17
Mediana (RIC)	22(19-30)	
Rango (min-máx.)	15-40	
Natural		
Guainía	27	93
Vaupés	1	3
Vichada	1	3
Procedencia		
Zona urbana	21	73
Rio Guaviare	4	14
Rio Atabapo	3	10
Isana_Cuyarí	1	3
Etnia		
Curripaco	4	14
Cubeo	3	10
Puinave	3	10
Piapoco	2	7
Sicuaní	2	7
Piaroa	1	3
Sin dato	14	48
Ocupación		
Hogar	24	83
Independiente	1	3
Estudiante	1	3
Agricultora	1	3
Sin dato	2	7
Escolaridad		
Primaria incompleta	1	3
Primaria completa	6	21
Secundaria incompleta	4	14
Secundaria completa	7	24
Técnico incompleto	1	3
Sin dato	10	34
Estado civil		
Soltera	5	17
Unión libre	22	76
Casada	2	7
Convivencia		
Esposo	4	14
Esposo e hijos	5	17
Familia extensa	8	28
Sin dato	12	41

Tabla 2. Datos ginecoobstétricos

Variable	N= 29	%
Antecedentes personales		
Preeclampsia embarazo anterior	4	14
Epilepsia	2	7
Hipertensión arterial crónica	2	7
Cesárea previa	6	21
Sin antecedente	15	51
Estancia hospitalaria		
Promedio (DE)	4,4(2,72)	
Rango (min-max)	2-12	
Controles prenatales		
1 a 3	6	21
4 a 5	6	21
6 o mas	4	14
Sin dato	13	45
Riesgo biopsicosocial		
Alto	5	17
Sin dato	24	83
Paridad (No. de partos)		
Primípara (1)	10	34
Múltipara (2 a 4)	13	45
Gran múltipara (5 a 9)	6	21
Total ecografías		
1 a 3	21	72
4 o mas	8	28
Vía del parto		
Cesárea	21	72
Vaginal	8	28
Indicación de la cesárea		
Preeclampsia severa	9	43
Cesárea previa	3	14
Inducción fallida	3	14
Gestación gemelar	2	10
RCIU	1	5
Otros*	3	14
Complicaciones durante el parto y posparto		
Síndrome de HELLP	2	7
Hemorragia posparto	1	3
Hematoma herida quirúrgica	1	3
Trombocitopenia más ictericia secundaria	1	3
Ruptura contenida del segmento más desgarro friable	1	3
Ninguno	23	79
Método planificación		
Inyectable trimestral	7	24
Pomeroy	7	24
Implante subdérmico	4	14
Vasectomía	1	3
Ninguno	6	21
Sin dato	4	14

recibió atención complementaria en Guainía (odontología y psicología) o en Bogotá (odontología, psicología, nutrición, medicina familiar, trabajo social o psiquiatría); 44% de las historias no contaban con datos sobre los exámenes realizados en el primer trimestre, en 28% eran incompletos respecto a los definidos por la ruta integral⁴ y en el restante 28% estaban completos. En cuanto a los laboratorios del segundo trimestre, en 24% no existían datos en la historia, 42% estaban incompletos en su mayoría por la falta de la prueba de tolerancia oral a la glucosa o prueba treponémica y 34% estaban completos. En los laboratorios de tercer trimestre que se toman entre la semana 35 a 37 de gestación (periodo en el que se encontraban 48% de las pacientes), los exámenes indicados por las guías de atención se efectuaron a la totalidad de pacientes, exceptuando la tamización para estreptococo del grupo B con cultivo rectal y vaginal que se practicó solo a 7%. Se realizó gota gruesa a 3 pacientes y en ninguna historia se hallaron datos de vacunación durante la gestación. No se presentaron casos de mortalidad materna ni perinatal. En la totalidad hubo correspondencia entre el diagnóstico de remisión y el definitivo del cuarto nivel. 15 partos (52%) fueron pretérmino y 21 (72%) tuvieron cesárea. Es predominante una edad gestacional mayor de 36 semanas en el momento del parto 19 (66%) y la principal indicación de cesárea fue la preeclampsia severa, con 9 casos (43%) (**tabla 2**).

El diagnóstico más frecuente fue preeclampsia en 16 (55%) pacientes, seguido por amenaza de parto pretérmino (APP) y restricción de crecimiento intrauterino RCIU (**tabla 3**); en algunos casos hubo diagnósticos concomitantes y comorbilidades adicionales tanto en la gestante como en el feto. De los 15 partos pretérmino, 7 tuvieron APP relacionada con infección de vías urinarias, cuello uterino corto, antecedente de mortinato y de óbito, sospecha de corioamnionitis y neumonía, antecedente de APP y cesárea previa. Dos gestantes presentaron IgM e IgG positivas para toxoplasma, una recibió tratamiento para sífilis durante el primer trimestre; otra fue remitida por malaria complicada; en los 4 casos se descartó compromiso neonatal (**tabla 4**).

En cuanto a los recién nacidos, 13 (45%) tuvieron bajo peso o bajo peso extremo al nacer; uno pesó por encima de 4000 g (**tabla 3**) y requirió manejo por corioamnionitis asociada con meconio, durante el parto la gestante presentó ruptura contenida del segmento más desgarrado friable. En 12 (41%) de los recién nacidos se requirió manejo en unidad de cuidado intensivo.

El rango de estancia hospitalaria materna en el Hospital de San José fue de 2 a 12 días, con un promedio de 4.4 días (DE 2,72). Se envió al programa de plan canguero a 11 de los recién nacidos (38%).

Tabla 3. Diagnóstico de la gestante y peso del neonato según parto pretérmino o a término

	Diagnóstico principal de la gestante				Peso del recién nacido (gramos)			
	Total ecografías	APP	RCIU	Otros*	Macrosomía > 4000	Adecuado 2500 - 3999	Bajo 1500 - 2499	Extremo 500 - 1499
Pretérmino	7	6	2	0	0	5	5	5
A término	9	1†	0	4	1	10	3	0
Total	16	7	2	4	1	15	8	5
%	55	24	7	14	3	52	28	17

APP: amenaza de parto pretérmino, RCIU: restricción del crecimiento intrauterino.

*1 hidrocefalia no comunicante en el feto, 1 antecedente materno de corrección de drenaje venoso anómalo mixto a seno coronario supracardíaco, 1 malaria complicada por Plasmodium vivax dada por trombocitopenia severa, anemia e hiperbilirrubinemia y 1 expulsivo prolongado.

†Se realizó uteroinhibición con nacimiento a término.

Tabla 4. Comorbilidades diagnosticadas en II nivel, desenlace en IV nivel y seguimiento

Comorbilidad	Desenlace en IV nivel	Seguimiento
IgG e IgM positivas para toxoplasma (2 casos)	En ambos casos se descartó toxoplasmosis congénita o daño secundario a toxoplasmosis por parte de oftalmología.	Control con nuevas pruebas a las 4 semanas por el servicio de pediatría.
Hallazgo ecográfico de cardiopatía fetal y ectasia renal.	Ductus arterioso permeable, hipertensión pulmonar leve a moderada, hidronefrosis grado I izquierda, pielectasia renal derecha y enterocolitis necrotizante.	Salida con oxígeno suplementario y seguimiento por pediatría.
Sífilis gestacional durante el primer trimestre, tratada.	Se descartó sífilis congénita.	Seguimiento periódico por pediatría.
Hallazgo ecográfico de hidrocefalia no comunicante fetal.	Se confirma hidranencefalia en el neonato mediante resonancia magnética cerebral.	Seguimiento al neonato por neurocirugía.
Malaria por P. vivax complicada	Manejada con clorhidrato de quinina IV por 7 días y clindamicina IV por 5 días. Transfusión de 2 cups de plaquetas. Se descartó malaria en el neonato.	Seguimiento ambulatorio.
Antecedente materno de corrección de drenaje venoso anómalo mixto a seno coronario supracardíaco.	Parto por cesárea, sin complicaciones.	Seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

Esta serie de partos deja lecciones para otros territorios con dificultades de acceso geográfico, ya que al tener predefinida la institución de referencia y hacer el esfuerzo del traslado aéreo, los desenlaces de los casos fueron buenos. El hallazgo de mujeres cubeo y piapoco, etnias infrecuentes en Guainía pero habituales en los departamentos vecinos, señala que la red de atención articulada con la alta complejidad beneficia en alguna medida a los territorios circundantes. Se encontró una alta proporción (34%) de riesgo relacionado con la edad (mayores de 35 años o menores de 18), similar al 32.8% encontrado en indígenas ribereñas del Amazonas.^{6,7} La alta procedencia urbana puede reflejar fallas de registro y bajo acceso en la zona dispersa. El diagnóstico más frecuente fue preeclampsia (55%), que concuerda con lo reportado en Medellín en gestantes con riesgo biopsicosocial similar (56%)⁸; esta proporción lleva a recomendar un trabajo de salud pública intenso en el departamento de origen^{9,10}; luce interesante la formación en medicina familiar de médicos radicados en Guainía que luego retornan a su comunidad para desarrollar estrategias de detección y tratamiento temprano de las complicaciones en las maternas.

La alta tasa de cesáreas reportada (72%) se relaciona con la severidad de los casos y su atención en el cuarto nivel; en estos casos la Organización Mundial de la Salud recomienda no ceñirse a tasas específicas.¹¹ Los numerosos datos incompletos en las historias clínicas llevan a insistir en un mayor compromiso nacional con el diligenciamiento de los registros.^{4,12}

CONCLUSIÓN

La congruencia en el diagnóstico entre la solicitud de remisión y el definitivo de egreso, junto con las cero muertes maternoperinatales en la serie estudiada señalan que han sido positivos los esfuerzos médicos, logísticos, financieros, culturales y familiares para trasladar desde Guainía hasta Bogotá gestantes con embarazo de alto riesgo a través de la integración de un hospital universitario a la red de atención. Sin embargo, para disminuir estos casos y sus remisiones, se recomienda fortalecer en el territorio de origen el acceso a atención prenatal en todos los trimestres y desarrollar acciones de salud pública, en especial relacionadas con preeclampsia y bajo peso al nacer, que incorporen experiencias exitosas en otras regiones del mundo con características similares.

DECLARACIÓN DE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

Investigación derivada de un proyecto financiado por Colciencias, contrato 748 de 2016.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Universidad de los Andes, Ministerio de Salud y Protección Social, Banco Interamericano de Desarrollo. Modelo piloto de prestación de servicios de salud en el Departamento del Guainía. Colombia; 2013.
2. Decreto 2561 Por el cual se definen los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y fortalecer el aseguramiento en el Departamento de Guainía y se dictan otras disposiciones, Diario Oficial No. 49.363 (2014).
3. Ministerio de Salud y Protección Social, Banco Interamericano de Desarrollo – BID, Programa Atención en Salud para los Territorios con Poblaciones Dispersas, Gobernación del Guainía, Universidad de los Andes. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS. Piloto de Implementación en los Departamentos con poblaciones dispersas: departamento de Guainía [Internet]. Colombia; 2015 [citado 2019 junio]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/anexo-4-documento-mias.pdf>.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Ruta para mejorar la salud materna [Internet]. Colombia; 2016 [citado 2019 junio]; Disponible en: <http://bit.ly/2CsTrjF>
5. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15 [Internet]. Colombia; 2013 [citado 2019 junio]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>
6. Acosta Infante Y, Segura O. Indígenas gestantes en la ribera del Amazonas, Colombia, 2009: conocimientos, actitudes y prácticas. *Investigaciones Andina*. 2011;22(13):108-20.
7. Fawed O, Erazo A, Carrasco C, Gonzales D, Mendoza AF, Mejía ME, et al. Complicaciones obstétricas en adolescentes y mujeres adultas con o sin factores de riesgo asociados, Honduras 2016. *Arch Med*. 2016;12(4):1-7. doi: <https://doi.org/10.3823/1327>
8. Martínez Sánchez LM, Rodríguez Gázquez MÁ, Ruiz Mejía C, Hernández Restrepo F, Quintero Moreno DA, Arango Gómez AL. Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con trastorno hipertensivo asociado al embarazo en Medellín, Colombia. *Rev Cuba Obstetr Ginecol*. 2018;44(2):1-9.
9. Banco Interamericano de Desarrollo. Salud de la mujer indígena: intervenciones para reducir la muerte materna [Internet]. 2010 [citado 2019 junio]. Disponible en: <http://bit.ly/2YuO50h>
10. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia [Internet]. 2014 [citado 2019 junio]. Disponible en: <http://bit.ly/2RP1bCS>
11. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Organización Mundial de la Salud; 2015.
12. Aguirre-Martínez N, Vélez-Álvarez G, Zuleta-Tobón J. Mortalidad por suicidio relacionado con el embarazo en Antioquia (Colombia), 2004-2014. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018;69(4):239-248. doi: <https://doi.org/10.18597/rcog.3125>