

ARTÍCULO ORIGINAL

Atención obstétrica y complicaciones del embarazo y parto en Bolivia

Alberto de la Gálvez Murillo

Unidad de Epidemiología Social, Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo (IINSAD), Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia.

Autor para correspondencia: adelagalvezmurillo@yahoo.com

RESUMEN

Objetivo. Identificar las complicaciones más frecuentes del embarazo y parto y construir índices para las mismas.

Métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo de una serie de casos, basado en las estadísticas nacionales del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI 2005). Fueron seleccionadas 23 prestaciones: cuatro de producción de servicios, catorce complicaciones del embarazo y parto, y cinco complicaciones de la atención. El índice para cada complicación ha sido obtenido sobre el total de partos y cesáreas atendidos, por Departamento.

Resultados. La cobertura de parto del SUMI fue 49,3%, y 17,3% el índice de cesáreas. El embarazo ectópico fue tres veces más frecuente que el molar. El índice de preeclampsia grave y eclampsia, muy parecido al de hiperemesis gravídica y al de abortos complicados. De cada diez hemorragias, nueve fueron por retención de placenta o atonía uterina post-parto. Los desgarros perineales y del cuello del útero fueron las complicaciones más frecuentes de la atención.

Conclusiones. Los índices de morbilidad obstétrica y de complicaciones de la atención fueron muy elevados. Se requiere verificar mediante auditorias el cumplimiento de normas. Es necesario realizar estudios específicos para comprender con más precisión las realidades encontradas en el presente trabajo.

Palabras clave: Cobertura de salud. Complicaciones del embarazo.

Obstetrical attention and pregnancy and delivery complications in Bolivia

ABSTRACT

Objective. To identify, the more frequent complications in the pregnancy and delivery, and to build indicators for the same ones.

Methods. This is a descriptive and retrospective study of a series of cases, based on national statistics of "Seguro Universal Materno Infantil" (SUMI 2005). Twenty-three packets were selected: four of services production, fourteen of pregnancy and delivery complications, and five regarding complications in attention. The indices for each complication, was obtained on the total number of deliveries and cesareans attended, for Department.

Results. Delivery cover of SUMI was 49.3%, and 17.3% for the caesarean index. Ectopic pregnancy was three times more frequent than molar pregnancy. The severe preeclampsia and eclampsia indices, was very similar to that hyperemesis and complicated abortion. Nine of ten hemorrhages postpartum were due to placental retention or atonic uterus. Perineal and cervical uterus lacerations were found to be the most frequent complications.

Conclusions. Indicators of obstetrical morbidity and complications in attention were very high. It is necessary to carry out specific studies to understand with more precision the identified realities with the present work.

Key words: Health cover, Pregnancy complications

Cómo citar este artículo: De la Gálvez Murillo A. Atención obstétrica y complicaciones del embarazo y parto en Bolivia. Cuad Hosp Clín. 2009;54:100-107

INTRODUCCIÓN

Se sabe que la mayoría de defunciones maternas es consecuencia de emergencias obstétricas no atendidas o deficientemente tratadas. Debido a esto, hay países de la Región que todavía reportan elevadas razones de mortalidad materna.¹⁻⁶

Los esfuerzos internacionales y nacionales han estado encaminados principalmente a la medición de los indicadores de impacto y a establecer protocolos basados en evidencia que permitan una atención apropiada de las complicaciones. Sin embargo, estudios de magnitud sobre morbilidad obstétrica y su efecto en la mortalidad materna no son muy frecuentes, causa por demás suficiente para que los países carezcan de datos globales sobre incidencia.

Sin embargo, registrar la morbilidad atendida no es una tarea fácil ni muy práctica. Debido a que todo el proceso de la atención individual queda consignado en el expediente clínico, las instancias que manejan los sistemas de información en salud no ven con buenos ojos la incorporación de variables adicionales, relacionadas con enfermedades, en los ya recargados sistemas de recolección de datos.

En Bolivia, desde 1996 está en vigencia un sistema

de atención gratuita para las embarazadas y niños menores de cinco años que carecen de seguro social en el marco de una relación laboral. Hoy, conocido como Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), ofrece 526 prestaciones gratuitas para la atención clínica, quirúrgica, traumatológica, odontológica y de pruebas auxiliares de diagnóstico.⁷⁻⁹

Cada prestación está organizada en forma de "paquete", con un dotación fija de medicamentos y suministros. Al final del mes, en cada establecimiento de salud se elabora una factura, en razón a que cada paquete tiene un costo preestablecido.⁹ La factura, que consigna el número de prestaciones entregadas, sigue un flujo conocido para que el establecimiento recupere, en dinero o en medicamentos y suministros, los paquetes utilizados.

Con esos datos, poco utilizados, se ha procedido a establecer la incidencia de complicaciones graves del embarazo en Bolivia, e incluso por cada uno de los nueve departamentos del país, que por su naturaleza y significación, pasan a constituir uno de los escasos referentes para los países, investigadores y administradores de programas de salud sexual y reproductiva en la Región.

Tabla 1. Número de prestaciones otorgadas por el Seguro Universal Materno Infantil, por tipo y según Departamento, Bolivia 2005

PRESTACIONES	LA PAZ	S.CRUIZ	CBBA	POTOSI	CHUQUI	TARIJA	ORURO	BENI	PANDO	BOLIVIA
Aborto séptico/anexitis	88	199	124	29	40	21	10	70	11	592
Aborto/pelviperitonitis	14	16	17	3	6	2	0	44	0	101
Absceso de pared	185	535	257	59	79	62	256	47	9	1489
AMEU	2395	1647	1470	741	307	964	456	637	88	8705
Amenaza parto prem.	2272	2927	1362	390	1216	398	391	550	140	9646
Atonía uterina post-parto	510	1599	577	408	219	52	148	124	7	3644
Cesárea	4794	8854	4236	739	1390	1097	1066	1165	240	23581
Desgarro vul-vag-perineal	1359	2301	865	167	407	66	399	40	3	5607
Desgarro cuello uterino	122	389	57	31	36	16	16	10	5	682
Eclampsia	122	169	44	40	20	16	36	51	9	507
Embarazo ectópico	107	219	86	14	32	36	20	17	8	539
Embarazo molar	43	61	50	22	30	10	10	6	0	232
Episiorrafia infectada	470	631	290	298	198	172	113	45	31	2248
Fistula genital post-parto	62	14	8	24	2	5	3	7	3	82
Hemorragia 2ª mitad	168	388	174	46	45	8	17	22	4	872
Hiperemesis gravídica	387	855	304	265	340	148	100	158	44	2601
Legrado instrumental	2075	6619	2199	472	1520	499	479	535	77	14475
Parto en nivel I	7543	11634	6659	2632	2926	986	1179	765	222	34546
Parto en nivel II y III	15446	17387	11151	3995	4386	3867	2779	4408	526	63945
Partos y cesáreas	27783	37875	22046	7366	8702	5950	5024	6338	988	122072
Parto en domicilio	3969	923	1917	3427	2090	368	1011	254	169	14128
Parto institucional	31752	38798	23963	10793	10792	6318	6035	6592	1157	136200
Preeclampsia severa	1022	802	191	103	114	75	86	129	28	2550
Retención de placenta	1517	566	1538	517	502	215	303	103	21	5282
Rotura prem. membranas	1230	3160	681	235	587	330	153	95	19	6490
Total consulta pre y post	250307	313286	167498	87778	84068	42870	41966	47787	12034	959816

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de una serie de casos, a partir de la base de datos de la Unidad Nacional de Gestión del SUMI, del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, correspondiente al año 2005. La cantidad de prestaciones por tipo otorgadas en los nueve departamentos aparece en la Tabla 1.

Para obtener la incidencia de complicaciones y cifras de cobertura (Tabla 2), se procedió a consignar en una planilla la cantidad absoluta correspondiente a cada prestación, así como información sobre población.

La cifra departamental de cada indicador que aparece en la Tabla 2, resulta de una fórmula que en el numerador consigna la cantidad de la prestación específica, en el denominador el número de partos y cesáreas atendidos (excepto cuando se indica otra cosa), todo multiplicado por 1.000 partos y cesáreas (excepto cuando se indica otra cosa). El número de abortos incompletos atendidos resulta de sumar la cantidad de AMEU (aspiración manual endouterina) y LUI (legrado uterino instrumental) realizados. La cifra global de desgarros es la suma de dos prestaciones: desgarro vulvar - vaginal - perineal y

desgarro del cuello del útero. Asimismo, los abortos complicados son la suma de las prestaciones: aborto séptico-anexitis y pelviperitonitis por aborto séptico.

El índice correspondiente a hemorragia postparto es la suma de las hemorragias por atonía uterina y por retención de placenta. El índice de complicaciones de la atención resulta de la agregación de varias prestaciones: desgarros, episiorragia infectada, fístula genital postparto y absceso de pared post-cesárea.

Para establecer la cobertura de partos, tanto en servicios de salud como institucional (esta última incluye los atendidos en domicilio por personal de salud), se estimó la cantidad esperada de los mismos, a partir de la tasa bruta de natalidad, global y por departamento,¹⁰ con la que se obtiene el número de nacidos vivos que, multiplicado por 1,007 (para recuperar los mortinatos), da la cifra esperada de partos, nacional y en cada departamento.

El índice de cesáreas tiene como denominador los partos atendidos en los tres niveles de atención, más los partos domiciliarios a cargo de personal de salud.

Tabla 2. Atención obstétrica y número de complicaciones por cada 1.000 partos y cesareas atendidos en el marco SUMI, por tipo de complicación y según departamento. Bolivia 2005

INDICADOR	LP	SCZ	CBA	PTS	CHU	TJA	ORU	BEN	PDO	BOL
Cobertura parto institucional (SUMI)	44	54	48	44	58	51	52	48	51	49
Cobertura parto en servicio (SUMI)	40	52	45	30	47	48	44	46	44	44
% partos en nivel I del total partos en servicio (SUMI)	27	31	30	36	34	17	24	12	22	28
% cesáreas sobre partos institucionales (SUMI)	15	23	18	7	13	17	18	18	21	17
% cesáreas sobre partos institucionales (SNIS)	18	32	25	8	16	24	22	22	22	23
No. ectópicos X 1000 partos y cesáreas en servicio	3.8	5.8	3.9	1.9	3.7	6	3.9	2.7	8.1	4.4
% AMEU del total procedimientos evacuación realizados (AMEU+LIU)	54	20	40	61	17	66	49	54	53	38
Nº abortos incompletos X 1000 partos y cesáreas en servicio	161	218	166	165	210	246	186	185	167	190
Nº abortos complicados X 1000 abortos incompletos atendidos	23	26	38	26	25	15	11	92.3	65.5	29
Nº embarazos molares X 1000 partos y cesáreas en servicio	1.6	1.6	2.3	3	3.4	1.7	2	1	0	1.9
Nº hiperemesis gravídica X 1000 partos y cesáreas en servicio	14	23	14	36	39	25	20	25	44	21
Nº hemorragias 2a mitad embarazo X 1000 partos y cesáreas en servicio	6	10	8	6	5	1	3	4	4	7
Nº preeclampsias graves y eclampsias X 1000 partos y cesáreas en servicio	41	26	11	19	15	15	24	28	37	25
Nº amenazas parto prematuro X 1000 partos y cesáreas en servicio	82	77	62	53	140	67	78	87	142	79
Nº RPM X 1000 partos y cesáreas en servicio	42	83	30	32	68	56	30	15	19	53
Nº hemorragias postparto X 1000 partos vaginales en servicio	88	75	119	140	99	55	114	44	37	91
Nº complicaciones deficiente atención X 1000 partos y cesáreas en servicio	79	102	67	79	83	54	157	24	52	83
Nº desgarros vaginales/perineales/cérvix X 1000 partos vaginales en servicio	64	93	52	30	61	21	105	10	11	64
Nº episiorragias infectadas X 1000 partos vaginales en servicio	20	22	16	45	27	35	29	9	41	23
Nº fístulas postparto X 1000 partos vaginales en servicio	2.3	0.5	0.4	3.6	0.3	1	0.8	1.3	4	0.8
Nº abscesos de pared X 1000 cesáreas	39	60	61	80	57	56	240	40	38	63
Nº hemorragias 2a mitad y postparto X 1000 partos y cesáreas en servicio	79	67	104	132	88	46	93	39	32	80

LP, La Paz; SCZ, Santa Cruz; CBA, Cochabamba; PTS, Potosí; CHU, Chuquisaca; TJA, Tarija; ORU, Oruro; BEN, Beni; PDO, Pando; BOL, Bolivia.

RESULTADOS

Los resultados aparecen en tres apartados: producción de servicios obstétricos (partos y cesáreas), complicaciones del embarazo y parto, y complicaciones de la atención.

Producción de servicios obstétricos

Atención de los nacimientos

En 2005, el número de partos atendidos en el marco del SUMI fue de 136.200, que corresponde casi al 49,3% de los esperados. El Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) registró 170.689, equivalentes al 61,8% de los esperados.¹¹

Del total de partos atendidos con el SUMI, el 44,2% ocurrió en un establecimiento de salud y el restante 5,1% en domicilio. Tres de cada diez partos atendidos en servicios ocurrieron en el primer nivel de atención. Santa Cruz y Tarija registraron los mayores porcentajes de partos en servicio, Potosí y La Paz los menores.

Índice de cesáreas

El 17,3% de los nacimientos fue por cesárea, cifra que en el denominador incluye los partos atendidos en domicilio por personal de salud. Los porcentajes más altos correspondieron a Santa Cruz y Pando (22,8% y 20,7%, respectivamente), y los más bajos a Potosí y Chuquisaca (6,8% y 12,9%, respectivamente).

Complicaciones del proceso reproductivo biológico

Embarazo ectópico

El dato promedio nacional fue de un embarazo ectópico cada 226 partos y cesáreas, y uno cada 43 abortos incompletos. La incidencia mayor correspondió a Pando y Tarija, y la menor a Beni y Potosí.

Embarazo molar

De acuerdo con los datos SUMI, la frecuencia promedio nacional para el año 2005, fue de un embarazo molar cada 526 partos y cesáreas atendidos en establecimientos de los tres niveles, y uno por cada 100 abortos incompletos. Por tanto, fue menos frecuente que el ectópico, ya que por cada 3 molas hubo 7 embarazos extrauterinos. La frecuencia mayor correspondió a Chuquisaca y Potosí, y la menor a Beni y Pando.

Embarazo terminado en aborto

En 2005, la cifra global fue de 23.180 casos resueltos, dato que es la suma de dos procedimientos de evacuación uterina: LIU y AMEU. Para este último año, el índice fue de un aborto incompleto por cada 5 partos y cesáreas atendidos en los tres niveles de atención, y uno por cada 6 nacimientos institucionales. Tarija, Santa Cruz y Chuquisaca registraron los índices más altos, Cochabamba y La Paz los más bajos.

En cuanto a los abortos complicados, al margen de que esas pacientes hubieran sido o no sometidas a uno de los procedimientos de evacuación uterina, la relación fue de uno complicado por cada 33 abortos incompletos.

Hiperemesis gravídica

Se registró 19.851 casos de emesis y 2.601 de hiperemesis gravídica. En este último caso, la relación fue de uno por cada 47 partos y cesáreas atendidos en establecimientos de salud. Fue más alta en Pando y Chuquisaca y más baja en Cochabamba y La Paz.

Hemorragias de la 2ª mitad del embarazo

Su frecuencia fue de un caso por cada 140 partos y cesáreas en establecimientos de salud, con cifras mayores en Santa Cruz y menores en Tarija.

Preeclampsia grave y eclampsia

Según nuestro estudio, la frecuencia fue de un caso de preeclampsia grave/eclampsia cada 40 partos y cesáreas en establecimientos de salud, en tanto que por cada caso de eclampsia hubo cinco de preeclampsia grave.

Rotura prematura de membranas

Ocurrió en 53 de cada 1.000 partos y cesáreas, con las cifras más altas en Santa Cruz y Chuquisaca (84 y 68 respectivamente), y las menores en Beni (15) y en Cochabamba (30)

Hemorragias postparto

En 2005, el SUMI registró 9.798 episodios de hemorragia de la segunda mitad del embarazo y postparto, que representaron una incidencia de un caso por cada 12 partos y cesáreas atendidos en establecimientos de salud. Potosí y Cochabamba registraron frecuencias muy altas (140 y 199 por 1.000 partos y cesáreas atendidos, respectivamente).

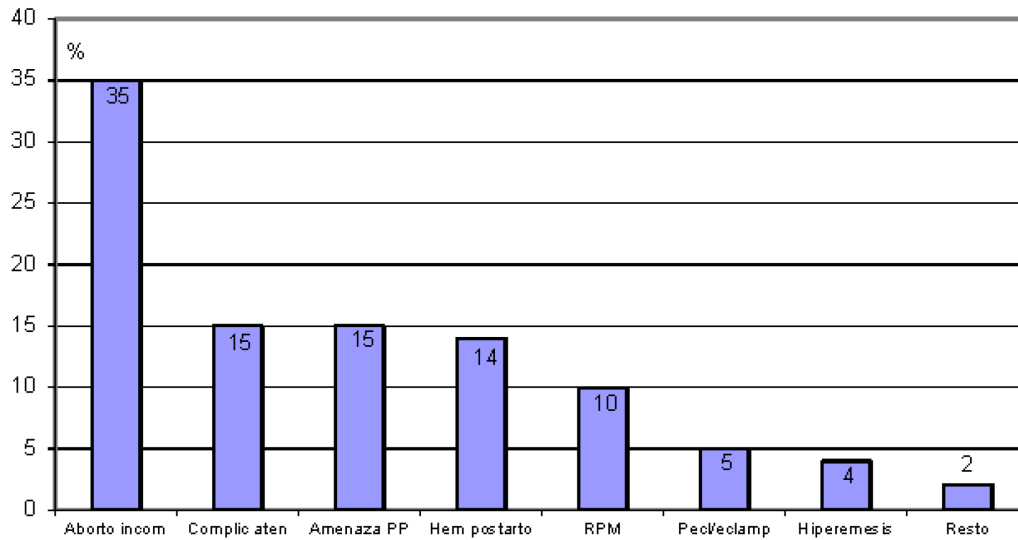


Figura 1 Distribución porcentual de complicaciones obstétricas atendidas por el SUMI. Bolivia 2005

Complicaciones de la atención obstétrica

Los 10.108 casos de complicaciones por atención deficiente representaron una incidencia de un caso cada 12 partos y cesáreas atendidos en establecimientos de los tres niveles del sistema. La complicación más frecuente correspondió a los desgarros vaginales y perineales. Los desgarros representaron el 62% de las complicaciones. Fueron más frecuentes los que afectan la vagina y/o el periné, en una proporción de 8,2:1 en relación con los que ocurren en el cuello del útero.

La frecuencia de desgarros fue de un caso cada 18 partos vaginales atendidos en establecimientos de salud.

En el caso de las fístulas, se registró la frecuencia más baja entre las cinco complicaciones por deficiente atención. En promedio, hubo menos de un caso por cada 1.000 partos vaginales.

Oruro primero y luego Santa Cruz, fueron los departamentos que registraron las mayores cifras de estas complicaciones. Las menores correspondieron a Pando y Beni.

La distribución porcentual global de todas las complicaciones, que representaron 66.112 episodios, aparece en la Figura 1, que muestra al aborto incompleto con la mayor cifra.

DISCUSIÓN

Atención obstétrica

Bolivia tiene una cobertura de atención de nacimientos que en 2005 estuvo alrededor del 65%, a una distancia de 20 puntos porcentuales del compromiso internacional de 85% fijado en el

marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015, brecha que el país deberá cubrir en una década, a un ritmo de dos puntos porcentuales por año.

En este contexto, la cifra promedio nacional de partos en establecimientos del Nivel I (28,3%) es muy baja. Esto se debe, por un lado, a que los hospitales de Nivel II y III están ubicados en ciudades grandes y medianas, y los del primer nivel principalmente en poblaciones periurbanas, urbanas menores y las dispersas.

La cifra de cesáreas registrada por el SUMI puede ser la más representativa de la realidad, debido a que en el denominador es posible ubicar los nacimientos atendidos en los establecimientos de los tres niveles de atención más los domiciliarios por personal de salud, en el entendido que estos últimos, más los correspondientes al Nivel I, al haber sido atendidos por personal de salud, también tuvieron la posibilidad de concluir por vía abdominal en el marco del subsistema de referencia.

Sin embargo, hay diferencia entre la cifra del SUMI y la que corresponde al SNIS-VE (17,3% y 23,1%, respectivamente) que se debe a la Seguridad Social, subsector que en algunos departamentos registra cifras superiores al 30 por ciento. Santa Cruz tuvo el mayor índice de cesáreas y Potosí el menor. También reportan al SNIS-VE, privados y ONG.

Hay varios reportes internacionales¹²⁻¹⁶ sobre frecuencia, preferencias, riesgos del procedimiento, nivel del indicador por estrato económico y relación de la tasa de cesáreas con la mortalidad, que se

ajustan muy bien a lo que sucede en Bolivia, que le da seguimiento a través de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), de la que el país realizó cinco versiones.

Complicaciones graves del embarazo

En general, hay muy pocos estudios nacionales sobre las complicaciones del embarazo. Esto hace que los índices obtenidos constituyan línea de base e incluso sirvan de referencia para otros países.

Hay complicaciones del embarazo que prácticamente no han merecido atención, como el embarazo ectópico, el embarazo molar, la hiperemesis gravídica, los desgarros del parto y las fistulas postparto.

Entre las complicaciones obstétricas, la atención de abortos incompletos mediante LIU o AMEU ha crecido en los últimos 10 años, a tal punto que por cada 10 partos y cesáreas atendidos en el marco del SUMI hay dos mujeres que demandan atención por aborto incompleto o sus complicaciones. El incremento ha sido de 90% entre 1996 y 2000 y de 43% entre el 2000 y 2005.

De los pocos estudios realizados sobre embarazo ectópico, la mayoría son de corte hospitalario. Uno de ellos fue realizado en el Hospital de Clínicas Universitario, de la ciudad de La Paz, en el que en un lapso de 5 años, la frecuencia encontrada fue de 1 embarazo ectópico por cada 283 partos y cesáreas, 90 pacientes ginecológicas y 50 pacientes con aborto incompleto.¹⁷ La misma situación se presenta en los otros países de la Región y el orbe, es decir, no hay estudios sobre incidencia nacional, pero abundan los realizados en uno o dos hospitales¹⁸ y destacan aquellos sobre costos de los esquemas de tratamiento.

Los vómitos del embarazo y su estadio más grave, la hiperemesis, no han sido estudiados en Bolivia, y tampoco hay investigaciones en el exterior referidas a su incidencia en la población de mujeres embarazadas. El problema adquiere interés no solamente desde la perspectiva estadística, sino también médica y psicológica, para establecer los esquemas terapéuticos más apropiados y los factores de la vida personal, familiar y social implicados.

Los desórdenes hipertensivos del embarazo constituyen una complicación propia del proceso reproductivo biológico; afectan alrededor del 2-8% de las mujeres.¹⁹ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud²⁰ en los países de medianos y

bajos ingresos su frecuencia es de 1 en cada 1.700 partos y 1 en cada 100 partos, respectivamente.

En cuanto a la eclampsia, datos de tres estudios nacionales,^{6,21,22} indican que es la segunda causa de muerte en el país. Las embarazadas fallecen a edades más tempranas que en otras emergencias obstétricas, no obstante que la mayoría realiza controles prenatales y acude a hospitales para la atención de las complicaciones.

La cifra promedio nacional de preeclampsias graves y eclampsias fue de 25 casos por cada 1.000 partos y cesáreas atendidos en establecimientos de los tres niveles, cifra bastante más elevada que la considerada por la OMS como aceptable.²³

De todas las hemorragias del proceso reproductivo biológico, las que ocurren después del nacimiento del bebé son las más frecuentes, ya que por cada caso que se presenta en la segunda mitad del embarazo, hay 10 hemorragias por retención de la placenta o por atonía uterina, además de que hay un caso cada 11 partos vaginales en establecimientos de salud.

Las hemorragias son la primera causa de mortalidad materna en Bolivia.⁶ Tienen mayor letalidad que la eclampsia²⁴ seguramente porque conceden menos tiempo para intervenir y salvar la vida de la mujer. De cada 10 muertes maternas por hemorragia (exceptuando el aborto), una ocurre durante la segunda mitad del embarazo.

Contrariamente a la hipótesis en cuanto a la existencia de más hemorragias por atonía uterina que por retención de placenta, en el contexto de los establecimientos de salud, esta última representó en 2005 el 59,2% de las hemorragias postparto. Se trata de hemorragias con mayor letalidad que la eclampsia, incluso más que las hemorragias de la segunda mitad del embarazo, por cuanto son más abundantes y habitualmente cataclísmicas. No en vano la OMS ha emitido recomendaciones para su prevención,²⁵ en tanto que grupos de investigadores han realizado revisiones sistemáticas y meta-análisis para establecer el mejor manejo clínico.²⁶ El estudio de "Evaluación de accesibilidad, disponibilidad y utilización de los cuidados obstétricos de emergencia"²⁴ estableció una letalidad de 1,1%, frente al 0,8% de la preeclampsia grave y eclampsia.

La frecuencia de RPM es 32,7% menor que la amenaza de parto prematuro. La primera tuvo una frecuencia de un caso por cada 19 partos y cesáreas atendidos, en tanto que se presentó un caso de amenaza de parto prematuro por cada 13

partos y cesáreas atendidos.

Teniendo en cuenta cuatro de los cinco grandes grupos de morbilidad y mortalidad maternas (excepto parto obstruido), el aborto (LIU + AMEU) representó el 59% de ellos, las hemorragias el 27%, la preeclampsia grave y la eclampsia el 8% y la sepsis obstétrica el 6%. Solo estas cuatro complicaciones representan una incidencia de 322,5 casos por cada 1.000 partos y cesáreas atendidos en los tres niveles del sistema de salud en el marco del SUMI (una complicación cada 3,1 partos y cesáreas). Una frecuencia muy alta y preocupante, que revela las condiciones de salud general de las mujeres bolivianas embarazadas, sus implicaciones en el presupuesto del SUMI y la carga de trabajo que representa para el sistema.

Complicaciones de la atención

La episiorrafia infectada y la fístula genital postparto constituyeron otras dos complicaciones, habitualmente por deficiente atención, que resultan de: mala técnica, deficiente proceso de desinfección local y/o uso de material de sutura inapropiado.

El absceso de pared post-cesárea es una complicación que prolonga el periodo de internación y que demanda la utilización de paquetes adicionales del SUMI.

Finalmente, los porcentajes de las complicaciones derivadas de la atención sanitaria deficiente son muy importantes, y consumen tiempo adicional del personal de salud, de las pacientes, así como mayor uso de medicamentos y suministros. Tienen particular importancia los desgarros perineales y las episiorrafias infectadas, porque están relacionados con la práctica de la episiotomía, que se mantiene en niveles altos no obstante la evidencia científica generada para lograr su reducción.^{27,28} Se evidencia la necesidad de verificar mediante auditorias el cumplimiento de normas clínicas y de bioseguridad.

REFERENCIAS

1. FamilyCare International. La mortalidad materna en la región andina: una tragedia evitable. Nueva York: FamilyCare International; 1994:18.
2. Family Care International, Inter-Agency Group for Safe Motherhood. The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the next decade. Colombo, Sri Lanka: Family Care International; October 1997:25 (Report on the Safe Motherhood Technical Consultation).
3. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad materna. Declaración Conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Ginebra: OMS; 1999:8.
4. Grupo de Trabajo Inter-Agencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Consulta Técnica Regional: Atención Calificada del Parto en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Grupo Inter-Agencial Regional; 2004:39-41.
5. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. Washington, D.C.: OPS/OMS; septiembre 2002:7-9.
6. Ministerio de Salud y Deportes, Instituto Nacional de Estadística. Mortalidad materna en Bolivia 2000. Informe de la Encuesta Post-Censal. La Paz: Minsalud; 2003:12.
7. Ministerio de Salud y Deportes. Protocolos del Seguro Universal Materno Infantil. 2ª ed. La Paz: Minsalud; 2005.
8. Bolivia: H. Congreso Nacional. Ley del Seguro Universal Materno Infantil No. 2426. La Paz: Presidencia de la República; 02 de noviembre de 2002.
9. Ministerio de Salud y Deportes. Marco Legal del Seguro Universal Materno Infantil. La Paz: MSD; abril 2006.
10. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos. Proyecciones de población por departamento. Disponible en: www.ine.gob.bo
11. Ministerio de Salud y Deportes. Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica. Atención de partos en servicio. Disponible en: www.sns.gob.bo
12. Potter JE, Berquó E, Perpétuo IHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted caesarean section among public and private patients in Brazil: prospective study. *Br Med J.* 2001;323:1155-58.
13. Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. *Lancet.* 2006;368:1516-23.
14. Beltran AP, Merialdi M, Laver JA, Bing-Shun W, Thomas J, VanLook P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Pediatr Perinat Epidemiol.* 2007;21:98-113.
15. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *Br Med J.* 2007;335:1025-36.
16. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander F. Tasa de cesárea e implicaciones en América latina: un estudio ecológico. *Br Med J.* 1999;319:1397-1402.
17. De La Galvez Murillo A. Incidencia de embarazo ectópico en el Servicio de Ginecología del Hospital de Clínicas. *Cuad Hosp Clín.* 1980;31(2):61-3.

18. Thonneau P, Hijazi Y, Goyaux N, Calvez T, Keita N. Ectopic pregnancy in Conakry, Guinea. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002;80:365-70.
19. Mether S, Duley L. Rest during pregnancy for preventing pre-eclampsia and its complications in women normal blood pressure. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, issue 2. Art. No. CD005939:10 1002/14651858.CD0059.39.
20. Pellegrini Filho A. Science for health: notes on organization of scientific activity for the development of health in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Pública*. 2000;7(5):345-9 (Temas de actualidad).
21. Secretaría Nacional de Salud, Dirección de la Mujer y el Niño. Situación de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal en Bolivia 1996. La Paz: Sonoviso Comunicaciones; 1997:14.
22. De La Galvez Murillo A. Mortalidad materna por eclampsia. *Cuad Hosp Clín*. 1999;45(1):19-24.
23. Organización Mundial de la Salud. Trastornos hipertensivos del embarazo. Ginebra: OMS; 1987:122. (Serie de informe técnicos No. 758).
24. Ministerio de Salud y Deportes. Evaluación de la disponibilidad, acceso y uso de los cuidados obstétricos de emergencia en los establecimientos cabecera de red del sector público de salud. La Paz, Bolivia: UNFPA; 2006:52.
25. World Health Organization. WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage. Paris: WHO; 2007:36-41.
26. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto comparado con el expectante. (Translated Cochrane Review). In: *Cochrane Library*, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
27. Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *Br Med J*. 2002;324:945-46.
28. Carroli G, Belizan J, Stamp G. Práctica de la episiotomía en el parto vaginal (Translated Cochrane Review). In: *Cochrane Library*, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.