

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL EN EL URUGUAY 15 AÑOS DE DATOS 1985-1999

**CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA
Y DESARROLLO HUMANO (CLAP OPS/OMS)**

ISBN 9974-622-28-X

Publicación Científica del CLAP 1485
junio 2001

Casilla de correo 627, 11000 Montevideo, URUGUAY
Teléfono +598 2 487 2929, Fax +598 2 487 2593
postmaster@clap.ops-oms.org
<http://www.clap.hc.edu.uy>

El autor de esta publicación es el Ing. Franco Simini, investigador del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP OPS/OMS) con la colaboración del Dr. Alejandro De Dios, el Dr. José Vázquez, la Dra. Cristina Parada y la Dra. María del Carmen Presentado.

El texto recibió numerosos aportes metodológicos del Dr. Fernando Barros, del Dr. José Luis Díaz Rossello y del Dr. José Belizán que enriquecieron la obra. Fueron muy pertinentes y constructivas las lecturas comentadas del Dr. Bremen de Mucio y del Dr. Gerardo Martínez.

Se agradece la constancia en el esfuerzo y el apoyo de todos los directores de instituciones médicas del país y en especial los coordinadores de áreas obstétricas y neonatales que guían el trabajo de documentación clínica de médicos, parteras universitarias y enfermeras. Sin el compromiso personal de cada uno de ellos esta recopilación estadística no hubiera sido posible.

El Programa Materno Infantil del MSP ha coordinado el apoyo a los usuarios y los Talleres de entrenamiento de los últimos viernes de cada mes. El Departamento de Estadísticas del MSP ha mantenido los formularios y asegurado su distribución oportuna.

La impresión de esta publicación es posible gracias al aporte de la representación de OPS/OMS en el Uruguay.

El CLAP (OPS/OMS) agradece la difusión del material contenido en esta publicación, citando la fuente.

Por primera vez, esta publicación sale en forma simultánea en imprenta, en la página Web del CLAP <http://www.clap.hc.edu.uy> y en la Biblioteca Virtual en Salud disponible en esa página.

Sistema Informático Perinatal en el Uruguay: 15 años de datos 1985-1999
Publicación Científica CLAP 1485
ISBN 9974-622-28-X

Esta Publicación Científica del CLAP es parte de la siguiente serie:

Publicación CLAP 1229 (abril 1991)

Publicación CLAP 1278 (agosto 1993)

Publicación CLAP 1300 (agosto 1994)

Publicación CLAP 1329 (noviembre 1995)

Publicación CLAP 1346 (setiembre 1998)

Publicación CLAP 1395 (noviembre 1999)

Ref.:FS00183 junio de 2001, 1000 ejemplares

Diseño de carátula: Juan Carlos Iglesias

Procesamiento de datos: Dr. Alejandro de Dios, A/S Luis Mainero, Dra. Cristina Parada, Dra. María del Carmen Presentado y Dr. José Vázquez.

Responsable de la publicación: Ing. Franco Simini

Se terminó de imprimir en el mes de junio de 2001 en Imprenta Rosal S.A.

Mariano Moreno 2708 - Tel.: 487 25 07 - 487 18 12 - E-mail: rosgal@netgate.com.uy

Montevideo - Uruguay

DL 320891/01

Edición Amparada al Dec. 218/96

Dr. Luis Frascini
Ministro de Salud Pública

Ec. Eduardo Zaidensztat
Sub Secretario de Salud Pública

Prof. Dr. Eduardo Touya
Director General de Salud

Dr. Bremen De Mucio
Director Departamento Materno Infantil

Sra. Iris Maresca
Directora Departamento de Estadística

Dr. José Fiusa Lima
Representante OPS/OMS en el Uruguay

Dr. José Miguel Belizán
Director del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP (OPS/OMS)

PRÓLOGO

Los lineamientos sanitarios de un país apuntan a crear las condiciones para que la salud de la mayor proporción posible de su población logre niveles óptimos que a su vez favorezcan el desarrollo personal de cada individuo. Para seguir el impacto de las intervenciones de salud y verificar el desempeño de todos los actores institucionales en la tarea de preservar la salud de la población, los foros de decisión recurren a información sobre las poblaciones asistidas, los servicios brindados y los resultados bajo forma de indicadores de salud.

Mediante la adopción del Sistema Informático Perinatal, desarrollado en Uruguay por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), el país dispone de una herramienta eficaz y moderna para conocer la realidad asistencial de embarazos, partos y puerperios. El hecho de que fuera inicialmente adoptado y luego reforzado por todas las administraciones de gobierno desde la re-institucionalización democrática de 1985, le da al SIP el carácter de instrumento de verificación y estudio de políticas de estado.

El CLAP, como centro de investigación de excelencia, fue fundado por el Dr. Roberto Caldeyro Barcia, pionero de la investigación fisiológica obstétrica y posteriormente adecuado a las necesidades de la cooperación técnica de los países de América Latina y del Caribe en temas materno infantiles. Es para nosotros fuente de satisfacción y compromiso el hecho que Uruguay sea visto por los países hermanos como lugar de demostración para la aplicación de las tecnologías del SIP en lo referente a registros médicos, control de calidad, métodos de establecimiento de normas clínicas y obtención de estadísticas para la toma de decisiones.

Las estadísticas que fueron preparadas aquí por el equipo técnico del CLAP en estrecha colaboración con nuestro Programa Materno Infantil constituyen un aporte indispensable para quienes deban mirar el desempeño de nuestras instituciones y asegurar la calidad de los cuidados perinatales en nuestro país.

Prof. Dr. Eduardo Touya
Director General de Salud

INDICE

Introducción	7
1. Situación general	9
2. El SIP en las Instituciones Perinatales del Uruguay	12
3. Indicadores Perinatales en el Interior	16
4. Indicadores Perinatales en Montevideo	28
5. Cobertura y calidad de los datos	34
5.1 Introducción	
5.2 Cobertura del SIP	
5.3 Control de llenado	
6. Características de la población	38
6.1 Introducción	
6.2 Escolaridad	
6.3 Hábito de fumar	
6.4 Madres adolescentes	
7. Indicadores de Atención Perinatal	41
7.1 Introducción	
7.2 Control prenatal	
7.3 Diagnóstico de retardo de crecimiento	
7.4 Cesáreas	
7.5 Depresión neonatal	
7.6 Lactancia al alta	
8. Diagnóstico de Situación Perinatal	48
8.1 Introducción	
8.2 Mortalidad perinatal	
8.3 Mortalidad materna	
8.4 Bajo peso al nacer	
8.5 Patologías maternas	
Documentos de ESTADISTICA BASICA del SIP	52
Uruguay 1999	52
Area de la Salud del B.P.S.	54
Hospitales Militar y Policial	56
Clínicas Universitarias	58
Mutualistas de Montevideo	60
Mutualistas del Interior	62
Hospitales del Interior	64

9. Codificación de las instituciones perinatales	66
9.1 Generalidades	
9.2 Las dos primeras cifras	
9.3 Las tres cifras siguientes	
10. Organización nacional	74
11. Bibliografía	76

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Casos registrados mediante el SIP en Uruguay	12
Figura 2. Cesáreas en el Uruguay	46

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cobertura del SIP	13
Tabla 2. Datos del SIP recogidos en Montevideo	14
Tabla 3. Datos SIP en Montevideo por Sector	15
Tabla 4. Embarazos SIP por Sector	35
Tabla 5. Control de llenado por Sector	35
Tabla 6. Control de llenado en los Departamentos	36
Tabla 7. Control de llenado en Montevideo	37
Tabla 8. Escolaridad de las embarazadas	38
Tabla 9. Hábito de fumar de las embarazadas	39
Tabla 10. Embarazos en la adolescencia	40
Tabla 11. Madres adolescentes por sector	40
Tabla 12. Ausencia de control prenatal	41
Tabla 13. Media de controles prenatales	42
Tabla 14. Perfil del control prenatal	42
Tabla 15. Captación de embarazadas antes de 20 semanas	43
Tabla 16. Embarazadas en las que se diagnostica RCIU	44
Tabla 17. Control Prenatal: RCIU y PEG	45
Tabla 18. Cesáreas	46
Tabla 19. Deprimidos graves	47
Tabla 20. Alimentación al alta	47
Tabla 21. Mortalidad perinatal	48
Tabla 22. Muertes maternas	49
Tabla 23. Bajo Peso al Nacer (BPN)	50
Tabla 24. Patologías maternas	51
Tabla 25. Embarazadas con VDRL positivo	51

INTRODUCCION

La presente publicación incluye el análisis de los primeros quince años de datos perinatales recogidos en el Uruguay con el Sistema Informático Perinatal (SIP). Se plasma así la aspiración de dar a las maternidades la posibilidad de sistematizar sus registros y obtener estadísticas localmente para asegurar la calidad de los cuidados brindados. Gracias a la continuidad del esfuerzo de las instituciones públicas y privadas del país y al seguimiento de las autoridades sanitarias, el Uruguay se constituye en uno de los primeros países del mundo en disponer de una base de datos perinatales a escala nacional que contiene la información clínica, a diferencia de otras bases de datos que consisten en extractos o derivados de los datos clínicos.

El SIP es un conjunto de herramientas para el mejoramiento de la salud perinatal que comprende una serie de tecnologías integradas: la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), el Carnet Perinatal y los programas estadísticos para computadora, los formularios complementarios para casos de riesgo y el partograma. Forman parte de la misma propuesta del CLAP los elementos de apoyo como el estetoscopio obstétrico, las cintas neonatal y obstétrica, el gestograma y las publicaciones con instrucciones y guías para normalizar la atención. La descripción detallada de estos instrumentos se encuentra en las Publicaciones Científicas del CLAP 1362 y 1364.

Los objetivos del SIP abarcan la mejoría de la documentación tanto en el ámbito de sistemas locales de salud como a escala nacional. Los indicadores obtenidos con el SIP apoyan la planificación de la atención de la madre y de su hijo al permitir caracterizar a la población asistida, establecer prioridades y medir los resultados de las acciones tomadas.

Las normas de atención perinatal desarrolladas sobre la base de la mejor evidencia disponible pueden ser introducidas y su aplicación verificada con instrumentos como el SIP. Con indicadores específicos se evalúa la calidad de la atención perinatal por el propio grupo clínico y en ámbitos de decisión en salud pública.

Los instrumentos de registro precodificados del SIP sirven de soporte para la docencia y para la formación del personal de salud, que encuentra a su vez un respaldo en su tarea de atención perinatal diaria. La puesta en marcha de investigaciones puntuales se ve facilitada por la presencia de un sistema de registro básico al cual referirse en las hojas de toma de datos de ensayos clínicos aleatorizados, estudios operacionales o de observación.

En cuanto a comunicaciones, el SIP incluye el enfoque de red al proponer el Carnet Perinatal que asegura que la información básica se encuentre disponible en el momento y lugar en donde se la necesita. El contenido de las historias clínicas puede ser compartido en medio magnético con los consultorios de control prenatal, las entidades que financian las prestaciones de salud y los ministerios de salud. Muchos de los datos analizados en esta publicación llegaron por internet, anticipando el futuro sistema SIP2000 que operará directamente sobre la red de redes para mejorar el acceso a las bases de datos, preservando la privacidad de cada paciente.

Una característica saliente del SIP es su capacidad para apoyar la descentralización de las responsabilidades en un sistema de atención perinatal al poner en manos del personal de salud la obtención rápida y local de estadísticas confiables.

La legislación uruguaya reconoce la historia clínica electrónica desde 1988 (Ley 16002 artículo 129, luego perfeccionada por la ley 16737 artículo 697), lo que confiere un valor adicional a las bases de datos del SIP que facilitan las auditorías. El ámbito perinatal fue pionero en este aspecto ya que en 1990, a instancia del Prof. Dr. Roberto Caldeyro Barcia, en ese entonces director del Programa Materno Infantil del MSP, el Poder Ejecutivo (Decreto del P.E. 410/90) dispone el uso del SIP para todas las instituciones públicas y privadas del país. Varios países de América Latina y del Caribe siguieron este camino en los últimos años.

Antes de la publicación de este libro, cada institución de Montevideo y las coordinaciones departamentales del interior recibieron un informe anual producido por el CLAP sobre los datos en disquetes: esta modalidad de retorno de información es importante para difundir los resultados perinatales obtenidos a todo el equipo de salud, que de esta forma se compenetra de la situación actual y se identifica con las metas a lograr. Se asegura también que el personal clínico tenga la posibilidad de conocer las estadísticas perinatales locales antes de su difusión global en la presente publicación.

1. SITUACION GENERAL

La necesidad de contar con registros confiables de la atención perinatal en las instituciones de América Latina y del Caribe, para poder evaluar el impacto de normas y de intervenciones sanitarias, generó el proyecto del Sistema Informático Perinatal (SIP) a principios de la década de 1980. El SIP aún elementos de registro clínico con una metodología de integración de normas clínicas, docencia, supervisión y control de calidad. A lo largo de las décadas de 1980 y 1990 el SIP fue ampliamente adoptado por instituciones, ministerios y universidades en las áreas de actividad pública y privada de todos los países de la región.

En Uruguay, la aplicación del SIP en todas las maternidades ha servido de área de demostración, mientras aportaba una buena parte de las sugerencias para el perfeccionamiento y la puesta al día de los instrumentos. En vísperas de difundir una propuesta enteramente renovada, este año 2001 es oportuno para hacer un balance preliminar de estos tres lustros de uso del SIP.

Inicialmente adoptado como elemento susceptible de aportar datos epidemiológicos perinatales, las primeras instituciones como el BPS, el Hospital de Paysandú, el Hospital de Clínicas y el Hospital Británico de Buenos Aires utilizaban el SIP para la gerencia técnica perinatal. Como consecuencia del uso del SIP para detectar situaciones que fueron luego corregidas (baja vacunación antitetánica, exceso de depresiones neonatales o tiempo de hospitalización según tipo de terminación) se adopta el SIP como guía en la docencia de las profesiones vinculadas al área perinatal (Escuela de Parteras y Facultad de Medicina). El Hospital Pereira Rossell realiza el seguimiento de las actividades de entrenamiento con el SIP, practica luego extendida a los demás centros de enseñanza.

Las tareas de difusión del SIP a lo largo de 15 años son difíciles de sintetizar; se pueden sin embargo estimar en 25 talleres en el interior del país, 60 talleres en Montevideo por un total de casi un millar de profesionales instruidos directamente en cooperación entre el Programa Materno Infantil de 4 administraciones nacionales de gobierno y el CLAP (OPS/OMS). En este período fueron publicados 8 informes de situación perinatal nacional y las instituciones recibieron en su conjunto 250 informes anuales sobre la calidad de los datos recogidos. La producción científica perinatal uruguaya se basa en gran medida en los datos del SIP, como demuestra el hecho de que una proporción considerable de los trabajos presentados en los Congresos Uruguayos de Ginecología y Obstetricia presente cifras o elaboraciones propias de las bases de datos del SIP.

Actualmente todo el personal de salud perinatal del país utiliza las herramientas del SIP en su tarea profesional. Las más de 70 instituciones públicas y privadas que atienden partos en Uruguay destinan en su conjunto unas 120 personas a los aspectos informáticos y de registro de la información del SIP. En la mayoría de las instituciones la adopción del SIP fue la primera incursión de la informática en el área clínica, fuera de las aplicaciones puramente administrativas.

Mediante pasantías de adiestramiento de 6 meses de duración fueron formados 15 profesionales uruguayos en el manejo del SIP, en el nivel de organización, supervisión y producción gerencial y científica. Parte de este personal cumple hoy funciones en maternidades y grupos de investigación o de coordinación sanitaria.

La documentación clínica perinatal está mejor ordenada y más completa luego de 15 años de uso del SIP. La información disponible para revisiones y procesamiento de datos es hoy superior al 90% del conjunto de 170 variables consideradas como fundamentales para supervisar la atención perinatal. Antes de la introducción del SIP, al no existir registro informático, los datos realmente disponibles para un análisis estadístico eran muy escasos y hacían difícil la supervisión en tiempo y forma.

A pesar de la existencia de un decreto del Poder Ejecutivo (410/90) que establece el uso del SIP para registrar toda la atención perinatal en instituciones públicas y privadas del país, la cadena de registro que inicia con 100% de eventos obstétricos en la Historia Clínica Perinatal y el Carnet del SIP aun no supera el 70% de datos disponibles en las bases de datos. La alternancia de las instituciones entre el grupo que cumple y el que no entrega los datos sugiere que la capacidad existe pero que la ausencia de sanciones reales tolera la omisión por motivos de organización. Se considera el año 1992 como el primero en que la representatividad de la base de datos y sus dimensiones (47%) habilitan para la estimación de cifras de alcance nacional.

La composición de la población asistida muestra ciertas tendencias, entre las que se destacan el estancamiento en 0.8% de embarazadas sin estudios desde 1998 y un paulatino aumento de embarazadas con estudios secundarios o terciarios a expensas del nivel primario que disminuye de 37.4% a 36.1%. El hábito de fumar se mantiene inalterado alrededor de 20% durante el embarazo, excepto entre las usuarias del sistema mutual que disminuyen su consumo de tabaco en todo el país con cifras menores de 10% por primera vez en 1999. Desde 1993 se mantiene estable el porcentaje de embarazo adolescente (17.5%) y es también estable el porcentaje de madres de 14 años o menos (0.5%).

Entre las acciones del sistema de salud uruguayo, se observa un aumento de la cantidad de controles prenatales, desde un promedio de 6 visitas por embarazada controlada en 1995 a 7 en 1999. El porcentaje de partos de embarazadas que no recibieron atención prenatal disminuye paulatinamente desde el 15% en 1995 hasta el 9% en 1999. Este porcentaje trepa a 15% en 1999 en las instituciones públicas, lo que deja espacio para poner en práctica intervenciones para la captación y la facilitación del control de embarazo. La captación de embarazadas antes de las 20 semanas de embarazo aumentó de 28% en 1995 a 62% en 1999: este incremento se debe a la duplicación de control precoz en las instituciones públicas de todo el país y en las mutualistas del interior.

La depresión grave al nacer en su conjunto puede reflejar indirectamente la calidad de la atención del parto: en 1995 hubo 1.7% de recién nacidos con puntaje de Apgar entre 0 y 3, guarismo que desciende progresivamente hasta 1.4% en 1999.

La proporción de terminación por cesárea sigue creciendo, a pesar de los esfuerzos desplegados en algunas instituciones para precisar su indicación y limitar su generalización. La leve inflexión en la tasa de cesáreas de los años 1996-1997 se debió probablemente a las consecuencias de artículos de prensa que por primera vez ponían el tema en el debate público. La reacción de las direcciones técnicas de algunas maternidades, que establecieron normas clínicas precisas, tuvo una respuesta que bajó en esa oportunidad la tasa de 39% a 36% en el sector privado de Montevideo: la tasa es nuevamente del 40% en 1999. A escala nacional hay 24.7% de nacimientos por cesárea.

Entre las acciones del sector salud la vacuna antitetánica se generaliza: la proporción de embarazadas no protegidas en el embarazo disminuye progresivamente de 25.4% en 1994 hasta 16.5% en 1999. El porcentaje de embarazadas con VDRL positivo disminuye desde 1.4% en 1994 hasta 0.8% en los años 1997 a 1999. La lactancia al alta se mantiene elevada: en 1999 sin embargo se observa una leve disminución en todos los sectores, con el resultado de un descenso en la cifra nacional de 98.3% a 96.4% en los años 1997 a 1999.

La incertidumbre sobre las cifras de mortalidad se mantiene alta, debido a su sensibilidad a la falta de información de tan solo algunos fetos. Considerando la mortalidad perinatal como la proporción de muertes fetales y neonatales ocurridas desde 500 gramos de peso (o luego de las 20 semanas de gestación) hasta el alta, la tasa deducida de los registros del SIP se redujo de 15.9 por mil en 1995 hasta 14.7 por mil en 1999, con un nivel de incertidumbre de 21 por mil (solamente mortalidad fetal potencial adicional) en 1995 y 15 por mil

en 1999. Esto indica que queda mucho camino por recorrer antes de lograr tasas de mortalidad nacional confiables deducidas de los registros clínicos que, actualmente, carecen aun en el 1.5% de los casos de la información sobre el estado de vida o de muerte del feto y en el 5.5% no indican si el recién nacido salió con vida de la institución.

En la base de datos de 1999 se logra por primera vez el acuerdo entre las muertes maternas informadas por el Certificado de Defunción y las que arroja el análisis del SIP. En 1999 fueron registradas 6 muertes maternas con el SIP y también 6 fueron los decesos deducidos de los Certificados de Defunción.

Una reflexión sobre la velocidad de respuesta de las estadísticas para la toma de decisiones: en cada maternidad los indicadores están disponibles en el mismo momento en que los datos de las historias clínicas de pacientes dadas de alta son ingresados a la computadora. En el nivel nacional, el mecanismo de entrega y consolidación de datos en medio magnético no tiene la agilidad deseada debido a la falta de reglamentación mencionada más arriba. El envío, recepción y consolidación de datos por red telemática, inaugurada en Paysandú en noviembre 2000 y en fase de prueba en 2001, pondrá inmediatamente en evidencia a las instituciones morosas junto con las estadísticas nacionales.

Desde setiembre 2000 los indicadores de salud perinatal del Uruguay están disponibles mediante procesamiento a distancia en www.clap.hc.edu.uy, sitio donde además se accede a la presente publicación.

2. EL SIP EN LAS INSTITUCIONES PERINATALES DEL URUGUAY

2.1 Generalidades

Se analizan aquí los datos recibidos en el Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública correspondientes a nacimientos de los años 1997, 1998 y 1999. Se evalúa la continuidad de la documentación perinatal en cada departamento y en cada institución de Montevideo. La figura 1 muestra la tendencia de la cantidad de nacimientos registrados con el SIP desde 1993 hasta 1999.

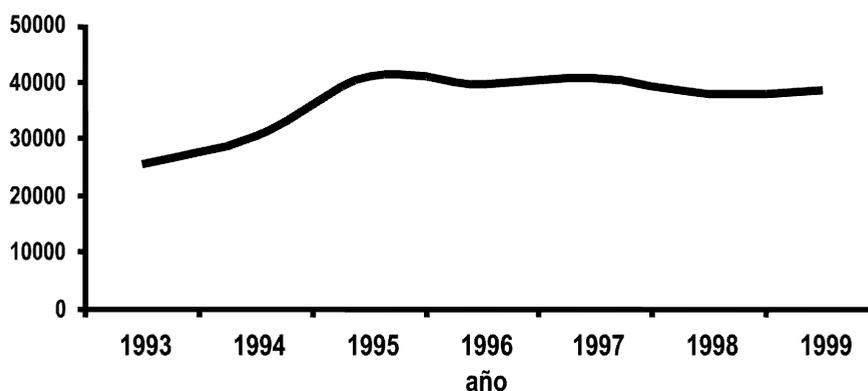


Figura 1 Nacimientos registrados mediante el SIP en Uruguay desde 1993. A partir de 1995 se estabiliza la obtención de datos clínicos en medio magnético en un 70% de los nacimientos.

2.2 Cobertura del SIP

La validez epidemiológica de los datos perinatales es tanto mayor cuanto mayor es la proporción de los eventos efectivamente registrados en una determinada área geográfica en un período dado, acercándose a una situación de censo. La proporción de eventos registrados sobre el total de eventos perinatales ocurridos se denomina la **Cobertura del SIP**.

Las estadísticas vitales llevadas por el Ministerio de Salud Pública en el Departamento de Estadísticas son muy confiables en cuanto a la universalidad de las declaraciones de nacimiento y de muerte en cualquier edad y en particular en el período perinatal. Los documentos que se utilizan para estas notificaciones son el **Certificado de Nacido Vivo** y el **Certificado de Defunción Perinatal**. Debido a la notoria calidad de esta información, se toman los **Certificados** como patrón de referencia para evaluar la cobertura del SIP. La situación a lograr es que todos los nacimientos declarados a la autoridad civil tuvieran su correspondiente registro clínico en el SIP y, viceversa, que toda Historia Clínica Perinatal de un embarazo de 500 gramos o más tuviera su registro civil.

La tabla 1 presenta la cantidad de eventos obstétricos registrados mediante el Certificado de Nacido Vivo y de Defunción Fetal según el departamento de ocurrencia. En la misma tabla se indican los nacidos vivos y muertes fetales según el SIP en cada departamento. La relación entre ambas cantidades es expresada como porcentaje de cobertura en cada departamento.

TABLA 1 COBERTURA DEL SIP EN EL URUGUAY

Departamento	NACIMIENTOS CERT.			NACIMIENTOS ENSIP			COBERTURA %		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999	1997	1998	1999
Artigas	1878	1568	1558	897	655	1025	47.8	41.8	65.7
Canelones	2804	2797	3256	632	1680	1910	22.5	60.1	58.6
Cerro Largo	1762	1682	1642	0	0	0	0.0	0.0	0.0
Colonia	1750	1742	1644	1513	1617	2021	86.5	92.8	122.9
Durazno	1111	1049	1015	1074	1040	124	96.7	99.1	12.21
Flores	407	380	379	70	30	78	17.2	7.9	20.6
Florida	1047	916	946	1144	837	538	109.3	91.3	56.8
Lavalleja	935	867	837	0	303	422	0.0	34.9	50.4
Maldonado	2378	2334	2380	1015	676	812	42.7	29.0	34.1
Montevideo	28660	27025	26512	27358	24600	23592	95.5	91.0	88.9
Paysandú	2397	2323	2329	1839	1726	2131	76.7	74.3	91.5
Río Negro	996	1013	964	463	222	376	46.5	21.9	39.0
Rivera	2289	2018	2070	289	669	1626	12.6	33.2	78.5
Rocha	1169	1131	1181	63	126	149	5.4	11.1	12.6
Salto	2859	2650	2630	293	1119	439	10.2	42.2	16.7
San José	1570	988	984	597	253	537	38.0	25.6	54.6
Soriano	1635	1596	1669	624	0	767	38.2	0.0	45.6
Tacuarembó	1875	1741	1693	1854	1799	1130	98.9	103.3	66.7
Treinta y Tres	1047	940	901	982	569	903	93.8	60.5	100.2
TOTAL	58569	54760	54590	40707	37921	38580	69.5	69.2	70.6

En 1995 la cobertura nacional del SIP fue el 72% del total de nacimientos. En los tres años siguientes se observa una pequeña disminución de la cantidad de casos recibidos, probablemente como consecuencia del hecho que no fueron solicitados en esos tres años los datos para su publicación centralizada. La cobertura se mantiene desde 1997 hasta 1999 alrededor del 70%.

En siete departamentos se constata, en alguno de los tres últimos años, la capacidad de obtener una cobertura superior al 90%: Colonia, Durazno, Florida, Montevideo, Paysandú, Tacuarembó y Treinta y Tres. En estos departamentos se presume por lo tanto que la capacidad y experiencia fueron adquiridas y que las cifras inferiores que muestran son consecuencia de una falta de seguimiento.

En ocho departamentos (Artigas, Flores, Lavalleja, Maldonado, Río Negro, Rivera, San José y Soriano) la cobertura aumentó entre 1998 y 1999, pero las cifras no representan aun la totalidad de los eventos obstétricos. En este trienio se destaca Rivera que pasa de 12.6% a 78.5% de cobertura.

En Canelones, la multiplicidad de instituciones hace que sea difícil asegurar la capacitación de múltiples equipos de trabajo, lo que arroja una cobertura del orden del 60% que podría aumentar reforzando el programa de entrenamiento y de seguimiento.

Rocha (excepto las dos maternidades de Lascano) y Salto tienen problemas de organización que hacen que falten sus cifras departamentales en la estadística nacional.

No se reciben datos de Cerro Largo en estos tres años, después de haber logrado el 30% de cobertura en 1995.

Fue observado un fenómeno cuya explicación queda aún pendiente. En Rocha, durante los años de buen registro, se había observado una mayor cantidad de eventos en las historias clínicas que en los certificados de nacido vivo y de defunción fetal; de allí la cobertura de 104% en esos años; en 1997 en Florida se obtiene 109% de cobertura, en 1998 se detecta en Tacuarembó una cobertura de 103% y en 1999 Colonia presenta 122% de cobertura y Treinta y Tres tiene dos caso SIP más que Certificados (100.2%). Una cobertura superior al 100% significa un número de registros clínicos mayor que de certificados de nacimientos y defunción fetal. Esto sugiere la necesidad de realizar investigaciones locales que verifiquen la correspondencia de las historias clínicas con los certificados de nacido vivo.

2.3 El SIP en Montevideo

En la década de 1990 se consolida paulatinamente el uso del SIP en Montevideo donde se obtiene una cobertura total en varias instituciones perinatales. En la tabla 2 se detallan las instituciones que registran sus datos y aquellas que no han hecho llegar sus disquetes al Departamento de Estadísticas del MSP. La tabla 2 presenta la cantidad de nacimientos recibidos de 1996 a 1999 de cada una de las instituciones que atienden partos en Montevideo.

TABLA 2 - DATOS RECOGIDOS MEDIANTE EL SIP EN MONTEVIDEO

	1996	1997	1998	1999
Montevideo	27085	27358	24600	23592
Público	16704	16597	15181	14339
B.P.S.	4211	4337	3998	3725
Hospital de Clínicas	1563	1567	1144	1006
Hospital Militar	1260	1526	1239	938
Hospital P.Rossell	9046	8479	8233	8105
Hospital Policial	624	688	567	565
Mutual	10381	10761	9419	9253
Asociación Española	2483	2387	2321	2398
Casa de Galicia	1356	1136	322	0
CASMU	3525	3064	3175	3176
CEMECO	147	0	0	0
CIMA España	576	622	415	144
Círculo Católico	452	496	368	344
CUDAM	0	0	0	0
IMPASA	305	324	215	243
Hospital Británico	413	409	493	585
Hospital Evangélico	40	427	210	0
Hospital Italiano	0	294	0	546
Médica Uruguaya	638	683	831	879
OCA - Larghero	0	0	0	177
SMI	133	455	0	0
Sanatorio Americano	0	44	794	599
Universal	258	220	165	162
Uruguay - España	55	200	110	0

La cobertura presenta una disminución paulatina en los tres últimos años cuya causa debe buscarse en los mecanismos de depósito de los archivos en medio magnético, que en algunas maternidades resultó cubrir un período de nacimientos menor a los 12 meses. En 1999 se incorpora OCA - Larghero mientras dejan de aportar datos Uruguay-España, Casa de Galicia y el Hospital Evangélico y siguen sin enviar datos CUDAM y CEMECO. Los nacimientos de SMI se realizan en otra institución, de allí que no figuran en la tabla 2 desde 1998.

La Tabla 3 indica la evolución del uso del SIP en los tres sectores en los que se pueden dividir las instituciones perinatales de Montevideo: las clínicas universitarias integradas con el MSP, el sector estatal (BPS y hospitales militar y policial) y las mutualistas. La distribución prácticamente constante de la composición de la muestra desde 1995 le da cierta solidez a las estimaciones de tendencia de indicadores perinatales globales.

TABLA 3 - DATOS DEL SIP EN MONTEVIDEO POR SECTOR

	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
MSP y Universidad	10194	38	10609	39	10046	37	9377	38	9111	39
BPS, Mil y Policial	6164	23	6095	23	6551	24	5804	24	5228	22
Mutual y privado	10427	39	10381	38	10761	39	9419	38	9253	39
TOTAL	26785	100	27085	100	27358	100	24600	100	23592	100

2.4 Evaluación de la capacidad diagnóstica

Existe la posibilidad de comparar algunos diagnósticos emitidos durante el proceso de atención perinatal con el resultado efectivamente observado en el nacimiento. Para controlar la tendencia del llenado y su pertinencia, con vistas a ofrecer indicadores de sensibilidad y especificidad de diagnósticos en base a la historia clínica, se considera el diagnóstico antenatal de Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU). Uno de los programas del SIP, EVALUACION DEL CONTROL PRENATAL, evalúa la capacidad de diagnóstico de RCIU en aquellas pacientes cuyas características de control prenatal así lo permiten. Se compara, en las pacientes para las cuales el patrón de control prenatal lo permite, el diagnóstico de RCIU con el percentil de peso al nacer. De esta manera se deduce la correcta utilización de la Historia Clínica Perinatal (HCP) como instrumento de registro de diagnósticos en cada entorno clínico, además de evaluar la sensibilidad de detección de RCIU durante el embarazo cotejando cada diagnóstico con el dato de pequeño para la edad gestacional (PEG) al nacer.

En la mayoría de las historias clínicas perinatales del Uruguay volcadas a medio electrónico, falta la información diagnóstico de RCIU manejada por el clínico y por lo tanto es difícil evaluar su capacidad de predicción de Pequeño para la Edad Gestacional (PEG). En consecuencia, se obtienen cifras de sensibilidad del diagnóstico antenatal de RCIU muy bajas (del orden de 5% al 25%) mientras que la mínima aceptable es del 65%, cifra que se puede lograr aun sin contar con técnicas de imágenes de ultrasonografía. En las estadísticas presentadas en la presente publicación se omiten estos resultados a la espera de documentaciones más completas que reflejen con mayor exactitud el proceso de cuidados perinatales brindados.

3. INDICADORES PERINATALES EN EL INTERIOR

3.1 Generalidades

En este capítulo se presentan algunos indicadores de salud perinatal de las instituciones del interior del país. En algunos casos, las estimaciones de tasas deben ser consideradas con reservas debido a la falta de información en las variables involucradas en los cálculos y en otras situaciones debido a la falta de cobertura de los datos. Como es sabido, la cobertura incompleta de los registros deja afuera generalmente los casos de mayor complejidad y por lo tanto las tasas resultan por demás optimistas. Se destaca la falta de información sobre neonatos derivados a Montevideo, en cuyos casos es imprescindible el seguimiento por parte de la institución en la cual ocurrió el parto para consignar los datos en el registro informático. Para situar los niveles de cada departamento, se pueden tomar los mismos indicadores para la población de todo el país presentados en el capítulo 5. Se presentan aquí los datos en forma separada para cada institución, por lo cual su comparación con cifras de años anteriores se podrá hacer consultando la Publicación Científica CLAP 1395, en cuyo capítulo 3 se indican las cifras globales de cada departamento.

Los indicadores se definen de la siguiente manera:

Historias Clínicas SIP Cantidad de registros de terminaciones de embarazo, independientemente del peso al nacer. Incluye por lo tanto los abortos, que serán excluidos automáticamente de los indicadores en los cuales no corresponde tomarlos en cuenta.

Falta de datos Porcentaje de información faltante en el conjunto de todos los datos de todas las historias clínicas: es un indicador del cuidado puesto en el llenado de las historias clínicas.

Control prenatal Porcentaje de embarazadas que concurren por lo menos un vez a control prenatal.

Cesáreas Porcentaje de embarazos con productos de peso superior a 500 gramos que terminan por operación cesárea.

Mortalidad Perinatal Tasa de muertes fetales desde los 500 gramos de peso más las muertes de neonatos hasta el día 28 de vida. El subregistro en el seguimiento de niños hace que en la práctica el límite superior sea el alta hospitalaria.

Falta de Dato de Muerte Intrauterina Proporción de dato faltante en la variable de Muerte Intrauterina: al no existir este dato no es posible clasificar el caso ni entre los vivos ni entre los muertos, lo que resta confiabilidad a la tasa de mortalidad fetal.

Falta Egreso del Neonato Proporción de dato faltante en la variable de Egreso del Neonato: al no existir este dato no es posible clasificar el niño ni entre los vivos ni entre los muertos, lo que resta confiabilidad a la tasa de mortalidad neonatal.

Sin Vacuna Antitetánica Porcentaje de embarazadas para las cuales no se tiene certeza de su estado de inmunización contra el tétano, ya sea porque no fueron vacunadas o porque no se recabó el dato.

3.1 Hospital Departamental de Artigas

	1999
Historias Clínicas SIP	662
Falta de datos	7.1%
Control prenatal	90.5%
Cesáreas	15.3%
Mortalidad Perinatal (>500g)	26 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	9 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	37.3%

3.2 FEMI Artigas

	1999
Historias Clínicas SIP	363
Falta de datos	7.6%
Control prenatal	93.9%
Cesáreas	30.1%
Mortalidad Perinatal (>500g)	11 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	6 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	8.6%

3.3 Hospital Departamental de Canelones

	1999
Historias Clínicas SIP	195
Falta de datos	2.7%
Control prenatal	90.8%
Cesáreas	18.5%
Mortalidad Perinatal (>500g)	10 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	0
Sin Vacuna Antitetánica	6.7%

3.4 Hospital de Las Piedras – Canelones

	1999
Historias Clínicas SIP	879
Falta de datos	11.1%
Control prenatal	87.1%
Cesáreas	16.8%
Mortalidad Perinatal (>500g)	8 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	6 por mil
Falta Egreso del Neonato	56 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	23.1%

3.5 CRAMI Canelones

	1999
Historias Clínicas SIP	205
Falta de datos	13.7%
Control prenatal	99.5%
Cesáreas	25.5%
Mortalidad Perinatal (>500g)	5 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	5 por mil
Falta Egreso del Neonato	15 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	10.7%

3.6 COMECA Canelones

	1999
Historias Clínicas SIP	631
Falta de datos	1.1%
Control prenatal	97.4%
Cesáreas	34.7%
Mortalidad Perinatal (>500g)	2 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	2 por mil
Falta Egreso del Neonato	0
Sin Vacuna Antitetánica	10.7%

3.7 Hospital de Cerro Largo

No se recibieron datos de esta Institución.

3.8 FEMI Cerro Largo

No se recibieron datos de esta Institución.

3.9 Hospital Departamental de Colonia

	1999
Historias Clínicas SIP	791
Falta de datos	6.2%
Control prenatal	94.0%
Cesáreas	23.0%
Mortalidad Perinatal (>500g)	7 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	1 por mil
Falta Egreso del Neonato	97 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	7.6%

3.10 Centro Auxiliar de Carmelo – Colonia

	1999
Historias Clínicas SIP	2
Falta de datos	0
Control prenatal	100%
Cesáreas	0
Mortalidad Perinatal (>500g)	0
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	0
Sin Vacuna Antitetánica	100%

3.11 Centro Auxiliar de Nueva Helvecia – Colonia

	1999
Historias Clínicas SIP	13
Falta de datos	2.7%
Control prenatal	100%
Cesáreas	0
Mortalidad Perinatal (>500g)	0
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	0
Sin Vacuna Antitetánica	7.7%

3.12 Centro Auxiliar de Nueva Palmira - Colonia

	1999
Historias Clínicas SIP	66
Falta de datos	3.1%
Control prenatal	92.4%
Cesáreas	1.5%
Mortalidad Perinatal (>500g)	15 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	30 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	4.5 por mil

3.13 Centro Auxiliar de Juan Lacaze – Colonia

	1999
Historias Clínicas SIP	280
Falta de datos	4.2%
Control prenatal	97.1%
Cesáreas	3.0%
Mortalidad Perinatal (>500g)	22 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	36 por mil
Falta Egreso del Neonato	14 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	5.8%

3.14 Centro Auxiliar Rosario – Colonia

	1999
Historias Clínicas SIP	28
Falta de datos	9.3%
Control prenatal	92.9%
Cesáreas	25.0%
Mortalidad Perinatal (>500g)	0 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	107 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	0

3.15 CAAMEC AMEC Rosario – Colonia

	1999
Historias Clínicas SIP	432
Falta de datos	4.4%
Control prenatal	97.7%
Cesáreas	26.7%
Mortalidad Perinatal (>500g)	10 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	2 por mil
Falta Egreso del Neonato	2 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	1.9%

3.16 Mutualista Obrera de Juan Lacaze - Colonia

	1999
Historias Clínicas SIP	4
Falta de datos	2.9%
Control prenatal	100%
Cesáreas	0
Mortalidad Perinatal (>500g)	0
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	0
Sin Vacuna Antitetánica	0

3.17 ORAMECO Colonia

	1999
Historias Clínicas SIP	4
Falta de datos	2.5%
Control prenatal	100%
Cesáreas	50%
Mortalidad Perinatal (>500g)	0
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	0
Sin Vacuna Antitetánica	0

3.18 CAMOC Carmelo – Colonia

	1999
Historias Clínicas SIP	401
Falta de datos	16.5%
Control prenatal	92.2%
Cesáreas	32.9%
Mortalidad Perinatal (>500g)	10 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	17 por mil
Falta Egreso del Neonato	117 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	8.1%

3.19 Hospital Departamental de Durazno

No se recibieron datos de esta Institución.

3.20 Centro Auxiliar de Sarandí del Yí - Durazno

	1999
Historias Clínicas SIP	124
Falta de datos	15.5%
Control prenatal	93.5%
Cesáreas	0
Mortalidad Perinatal (>500g)	0
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	56 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	19.4%

3.21 FEMI Durazno

No se recibieron datos de esta Institución.

3.22 COMEFLO - Flores

	1999
Historias Clínicas SIP	78
Falta de datos	2.5%
Control prenatal	100%
Cesáreas	42.9%
Mortalidad Perinatal (>500g)	39 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	13 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	1.3%

3.23 Cooperativa Médica de Florida

	1999
Historias Clínicas SIP	538
Falta de datos	5.3%
Control prenatal	100%
Cesáreas	21.8%
Mortalidad Perinatal (>500g)	6 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	2 por mil
Falta Egreso del Neonato	2 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	4.1%

3.24 Hospital Departamental de Lavalleja

No se recibieron datos de esta Institución.

3.25 CAMDEL Minas

	1999
Historias Clínicas SIP	422
Falta de datos	6.1%
Control prenatal	100%
Cesáreas	24.8%
Mortalidad Perinatal (>500g)	10 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	2 por mil
Falta Egreso del Neonato	0
Sin Vacuna Antitetánica	0

3.26 Hospital de Maldonado

	1999
Historias Clínicas SIP	666
Falta de datos	7.0%
Control prenatal	88.0%
Cesáreas	19.7%
Mortalidad Perinatal (>500g)	12 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	54 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	13.9%

3.27 Centro Auxliar de San Carlos – Maldonado

	1999
Historias Clínicas SIP	146
Falta de datos	9.6%
Control prenatal	77.1%
Cesáreas	14.5%
Mortalidad Perinatal (>500g)	14 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	7 por mil
Falta Egreso del Neonato	0
Sin Vacuna Antitetánica	40.3%

3.27 Escuela del Litoral Paysandú – Hospital Departamental

	1999
Historias Clínicas SIP	1542
Falta de datos	16.6%
Control prenatal	89.7%
Cesáreas	16.1%
Mortalidad Perinatal (>500g)	10 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	1 por mil
Falta Egreso del Neonato	264 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	19.9%

3.28 Hospital de Guichón Paysandú

	1999
Historias Clínicas SIP	5
Falta de datos	2.1%
Control prenatal	100%
Cesáreas	0
Mortalidad Perinatal (>500g)	0
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	0
Sin Vacuna Antitetánica	0

3.29 COMEPA Paysandú

	1999
Historias Clínicas SIP	584
Falta de datos	14.4%
Control prenatal	98.4%
Cesáreas	31.4%
Mortalidad Perinatal (>500g)	21 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	0
Sin Vacuna Antitetánica	0.7%

3.30 Centro Auxiliar Young y CAMY – Río Negro

	1999
Historias Clínicas SIP	376
Falta de datos	9.7%
Control prenatal	95.2%
Cesáreas	10.5%
Mortalidad Perinatal (>500g)	28 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	45 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	4.5%

3.31 CASMER Rivera

	1999
Historias Clínicas SIP	436
Falta de datos	13.4%
Control prenatal	99.8%
Cesáreas	25.2%
Mortalidad Perinatal (>500g)	5 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	0
Sin Vacuna Antitetánica	6.0%

3.32 Hospital de Rivera

	1999
Historias Clínicas SIP	867
Falta de datos	22.5%
Control prenatal	92.0%
Cesáreas	15.7%
Mortalidad Perinatal (>500g)	22 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	29 por mil
Falta Egreso del Neonato	51 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	25.0%

3.33 Sanatorio - Rivera

	1999
Historias Clínicas SIP	323
Falta de datos	7.1%
Control prenatal	99.7%
Cesáreas	25.1%
Mortalidad Perinatal (>500g)	6 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	3 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	7.5%

3.34 Centro Auxiliar de Lascano Rocha

	1999
Historias Clínicas SIP	78
Falta de datos	3.3%
Control prenatal	92.2%
Cesáreas	7.7%
Mortalidad Perinatal (>500g)	0
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	26 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	35.1%

3.35 CAMELA Lascano Rocha

	1999
Historias Clínicas SIP	71
Falta de datos	2.0%
Control prenatal	100
Cesáreas	14.8%
Mortalidad Perinatal (>500g)	14 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	0
Sin Vacuna Antitetánica	31.0%

3.36 Hospital Departamental de Rocha

No se recibieron datos de esta Institución.

3.37 C. Asistencial Médica Salto

	1999
Historias Clínicas SIP	439
Falta de datos	39.3%
Control prenatal	98.6%
Cesáreas	23.6%
Mortalidad Perinatal (>500g)	13 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	273 por mil
Falta Egreso del Neonato	358 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	25.5%

3.38 Asociación Médica de San José – San José

	1999
Historias Clínicas SIP	537
Falta de datos	25.9%
Control prenatal	97.4%
Cesáreas	28.1%
Mortalidad Perinatal (>500g)	8 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	101 por mil
Falta Egreso del Neonato	63 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	34.8%

3.39 H. R. Sosa Cardona - Soriano

	1999
Historias Clínicas SIP	23
Falta de datos	7.4%
Control prenatal	78.3%
Cesáreas	0
Mortalidad Perinatal (>500g)	0
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	0
Sin Vacuna Antitetánica	43.5%

3.40 H. de Mercedes Soriano

	1999
Historias Clínicas SIP	199
Falta de datos	9.7%
Control prenatal	93.9%
Cesáreas	17.8%
Mortalidad Perinatal (>500g)	10 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	10 por mil
Falta Egreso del Neonato	221 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	21.7%

3.41 CAAMS Soriano

	1999
Historias Clínicas SIP	545
Falta de datos	4.6%
Control prenatal	99.1%
Cesáreas	23.6%
Mortalidad Perinatal (>500g)	7 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	4 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	6.9%

3.42 COMTA Tacuarembó

	1999
Historias Clínicas SIP	594
Falta de datos	5.0%
Control prenatal	97.4%
Cesáreas	28.4%
Mortalidad Perinatal (>500g)	12 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	3 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	1.5%

3.43 Centro Auxiliar Paso de los Toros – Tacuarembó

	1999
Historias Clínicas SIP	85
Falta de datos	2.9%
Control prenatal	97.6%
Cesáreas	4.7%
Mortalidad Perinatal (>500g)	24 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	0
Sin Vacuna Antitetánica	16.5%

3.44 Centro Departamental Tacuarembó

	1999
Historias Clínicas SIP	451
Falta de datos	4.5%
Control prenatal	91.3%
Cesáreas	10.9%
Mortalidad Perinatal (>500g)	9 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	2 por mil
Falta Egreso del Neonato	4 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	9.6%

3.45 Hospital de Treinta y Tres

	1999
Historias Clínicas SIP	485
Falta de datos	5.0%
Control prenatal	92.2%
Cesáreas	11.1%
Mortalidad Perinatal (>500g)	29.0 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	2 por mil
Sin Vacuna Antitetánica	23.5%

3.46 IAC Treinta y Tres

	1999
Historias Clínicas SIP	418
Falta de datos	6.4%
Control prenatal	99.8%
Cesáreas	20.3%
Mortalidad Perinatal (>500g)	8 por mil
Falta de Dato de Muerte Intrauterina	0
Falta Egreso del Neonato	0
Sin Vacuna Antitetánica	10.0%

4. INDICADORES PERINATALES DE MONTEVIDEO

En este capítulo se presentan algunos indicadores de salud perinatal de las instituciones de Montevideo. Se mantiene el orden alfabético de las instituciones: 20 instituciones que aportan datos de 1999. La necesidad de información clínica resumida y de indicadores de calidad de la atención perinatal hace que actualmente los bancos de datos del SIP sean utilizados por compañías aseguradoras y entidades que contratan servicios médicos para evaluar el desempeño de las maternidades. Este fenómeno se advierte con mayor frecuencia en Montevideo que en el interior. Las instituciones docentes utilizan los bancos de datos del SIP para evaluar a los profesionales en formación y para certificar su actuación.

A pesar de la importancia asignada a estos bancos de datos, en algunos casos las estimaciones de tasas de Mortalidad Perinatal deben ser consideradas con reservas debido a la falta de información en las variables involucradas en los cálculos. Para comparar la situación de cada institución en el contexto de Montevideo y del país entero, se puede hacer referencia a los indicadores presentados en el capítulo 5.

Los indicadores se definen de la siguiente manera:

Historias Clínicas SIP Cantidad de registros de terminaciones de embarazo, independientemente del peso al nacer. Incluye por lo tanto los abortos, que serán excluidos automáticamente de los indicadores en los cuales no corresponde tomarlos en cuenta.

Falta de datos Porcentaje de información faltante en el conjunto de todos los datos de todas las historias clínicas: es un indicador del cuidado puesto en el llenado de las historias clínicas.

Control prenatal Porcentaje de embarazadas que concurrieron por lo menos un vez a control prenatal.

Cesáreas Porcentaje de embarazos con productos de peso superior a 500 gramos que terminan por operación cesárea.

Mortalidad Perinatal (>500g) Tasa de muertes fetales desde los 500 gramos de peso más las muertes de neonatos hasta el día 28 de vida. El subregistro en el seguimiento de niños hace que en la práctica el límite superior sea el alta hospitalaria.

Falta de Dato de Muerte Intrauterina Proporción de dato faltante en la variable de Muerte Intrauterina: al no existir este dato no es posible clasificar el caso ni entre los vivos ni entre los muertos, lo que resta confiabilidad a la tasa de mortalidad fetal.

Falta Egreso del Neonato Proporción de dato faltante en la variable de Egreso del Neonato: al no existir este dato no es posible clasificar el niño ni entre los vivos ni entre los muertos, lo que resta confiabilidad a la tasa de mortalidad neonatal.

Sin Vacuna Antitetánica Porcentaje de embarazadas para las cuales no se tiene certeza de su estado de inmunización contra el tétano, ya sea porque no fueron vacunadas o porque no se recabó el dato.

4.1 Asociación Española

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	1772	1256	2477	2483	2387	2321	2398
Falta de datos %	74.3	53.6	21.0	13.7	11.9	12.6	12.9
Control prenatal %	61	88	95	97	99	98	90
Cesáreas %	29.3	34.8	39.2	33.1	31.3	34.6	34.0
Mort. Perinatal (>500g) p.mil	13	12	10	7	6	6	8
Falta de M. Intrauterina p.mil	812	205	18	9	13	15	90
Falta Egreso del Neonato p. mil	998	917	132	110	97	104	45
Sin Vacuna Antitetánica %	60.7	37.5	18.5	11.3	10.3	14.5	18.9

4.2 Area de la salud del BPS

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	2381	3825	4118	4029	4211	4337	3998	3725
Falta de datos %	16.0	7.2	10.6	7.0	10.5	9.4	9.6	11.3
Control prenatal %	89	96	98	97	98	98	97	96
Cesáreas %	20.3	22.0	21.8	19.8	20.1	18.2	21.7	23.3
Mort. Perinatal (>500g) p.mil	20	20	20	19	21	16	11	14
Falta de M. Intrauterina p. mil	7	1	3	5	20	22	25	21
Falta Egreso del Neonato p. mil	65	20	50	42	58	38	49	76
Sin Vacuna Antitetánica %	82.7	22.6	18.8	18.6	16.9	18.5	12.0	13.6

4.3 Casa de Galicia

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998*	1999
Historias Clínicas SIP	1359	1396	1434	1328	1356	1131	322	**
Falta de datos %	17.4	29.8	34.9	36.5	33	27.4	24.6	
Control prenatal %	83	47	34	36	44	68	71	
Cesáreas %	39.1	43.8	41.6	38.1	34.5	40.4	42.7	
Mort. Perinatal (>500g) p.mil	8	17	20	7	23	8	17	
Falta de M. Intrauterina p. mil	46	95	142	120	61	42	56	
Falta Egreso del Neonato p. mil	15	52	68	75	93	65	81	
Sin Vacuna Antitetánica %	36.5	43.5	49.2	54.1	50.6	42.6	27.0	

* Son datos parciales de enero a marzo

** No se recibió ningún dato de este período.

4.4 C.A.S.M.U.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	2690	2995	3548	3745	3525	3064	3175	3176
Falta de datos %	17.4	19.7	18.4	16.6	14.5	11.7	10.5	11.3
Control prenatal %	70	68	77	83	84	87	84	84
Cesáreas %	37.6	41.7	42.6	40.1	33.2	36.8	38.5	40.3
Mort. Perinatal (>500g) p. mil	14	20	21	19	16	14	14	10
Falta de M. Intrauterina p. mil	57	26	8	0	1	0	0	0
Falta Egreso del Neonato p. mil	89	82	118	95	96	3	0	3
Sin Vacuna Antitetánica %	41.3	36.4	27.1	16.8	12.5	15.0	15.1	18.4

4.5 CEMECO

	1993	1994	1995	1996*	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	198	257	159	147	**	**	**
Falta de datos %	32.3	34.8	39.0	40.6			
Control prenatal %	72	57	50	69			
Cesáreas %	0	19.6	24.5	31.7			
Mort. Perinatal (>500g) p. mil	11	8	0	7			
Falta de M. Intrauterina p. mil	76	23	25	14			
Falta Egreso del Neonato p. mil	268	342	981	852			
Sin Vacuna Antitetánica %	14.9	19.2	34.6	29.3			

* Datos parciales períodos enero-abril y agosto-setiembre

** No se recibieron mas datos de esta Institución desde 1997 a la fecha.

4.6 CIMA - España

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	642	528	576	622	415	144
Falta de datos %	22.0	14.3	6.6	6.8	27.3	21.1
Control prenatal %	78	94	97	97	96	94
Cesáreas %	38.5	35.7	37.4	40.6	35.9	40.8
Mort. Perinatal (>500g) p. mil	13	19	14	24	15	7
Falta de M. Intrauterina p. mil	2	0	0	0	31	7
Falta Egreso del Neonato p. mil	11	34	9	8	208	0
Sin Vacuna Antitetánica %	56.2	39.8	22.0	13.9	33.9	37.5

4.7 Círculo Católico de Obreros del Uruguay

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	563	66	499	254	452	496	368	344
Falta de datos %	60.5	49.2	60.4	55	24.1	14.2	11	7.9
Control prenatal %	47	41	51	61	96	97	98	95
Cesáreas %	52.1	50.8	55.3	59.2	45.6	37.7	39.6	42.3
Mort. Perinatal (>500g) p. mil	11	0	4	4	2	2	8	6
Falta de M. Intrauterina p. mil	5	45	24	16	40	2	5	0
Falta Egreso del Neonato p. mil	963	1000*	960	976	46	6	16	6
Sin Vacuna Antitetánica %	61.2	71.2	61.3	46.1	10.4	3.4	1.6	0.6

* Ningún egreso de recién nacido fue documentado en 1993.

4.8 CUDAM Montevideo

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	347	**	**	**	**	**	**
Falta de datos %	9.9						
Control prenatal %	93						
Cesáreas %	25.2						
Mort. Perinatal (>500g) p. mil	12						
Falta de M. Intrauterina p. mil	0						
Falta Egreso del Neonato p. mil	23						
Sin Vacuna Antitetánica %	10.7						

** No se recibieron mas datos de esta Institución desde 1994.

4.9 Hospital Británico

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	347	342	373	413	409	493	585
Falta de datos %	9.9	9.8	8.5	8.9	9.7	7.7	5.8
Control prenatal %	93	97	94	91	97	96	88
Cesáreas %	25.2	25.5	31.5	33.8	32.8	37.1	43.3
Mort. Perinatal (>500g) p. mil	12	13	11	0*	5	6	2
Falta de M. Intrauterina p. mil	0	23	0	0	15	16	0
Falta Egreso del Neonato p. mil	23	85	32	0	12	16	2
Sin Vacuna Antitetánica %	10.7	5.3	8.2	4.6	1.7	1.2	1.4

* No se registra ningún óbito ni muerte fetal en 1996, con registros completos.

4.10 Hospital de Clínicas (Clínica Ginecotocológica B)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	363	289	1288	1172	1563	1567	1144	1006
Falta de datos %	26.2	31.0	21.0	4.4	8.6	10.0	8.0	7.6
Control prenatal %	86	82	88	86	82	88	89	88
Cesáreas %	18.7	22.0	20.1	22.2	17.0	16.2	18.5	22.5
Mort. Perinatal (>500g) p. mil	3	7	20	23	15.1	14	22	15
Falta de M. Intrauterina p. mil	41	10	11	18	58	33	36	33
Falta Egreso del Neonato p. mil	66	62	40	84	118	0	52	81
Sin Vacuna Antitetánica %	30.5	43.3	18.3	16.0	15.0	13.8	12.0	13.2

4.11 Hospital Evangélico

	1996	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	40	427	210	**
Falta de datos %	43.8	46.1	49.8	
Control prenatal %	70	81	76	
Cesáreas %	41	37.4	34.8	
Mort. Perinatal (>500g) p.mil	0	6	30	
Falta de M. Intrauterina p. mil	500	525	686	
Falta Egreso del Neonato p. mil	300	356	305	
Sin Vacuna Antitetánica %	42.5	29.6	35.7	

** No se recibió ningún dato de este período.

4.12 Hospital Italiano

	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	291	*	546
Falta de datos %	7.0		17.9
Control prenatal %	97		98
Cesáreas %	33.0		37.7
Mort. Perinatal (>500g) p. mil	14		17
Falta de M. Intrauterina p. mil	10		7
Falta Egreso del Neonato p.mil	124		266
Sin Vacuna Antitetánica %	5.8		12.4

* En 1998 no se reciben datos.

4.13 Hospital Militar

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	2011	1568	1563	1528	1260	1526	1239	938
Falta de datos %	5.7	3.9	3.9	4.8	9.3	22.1	30.6	19.8
Control prenatal %	90	91	91	93	93	92	65	76
Cesáreas %	20.0	21.0	19.0	22.0	20.0	26.7	24.9	25.5
Mort. Perinatal (>500g) p. mil	18	13	23	17	17	10	8	7
Falta de M. Intrauterina p. mil	0	0	0	0	0	27	317	219
Falta Egreso del Neonato p. mil	3	1	15	16	79	544	119	69
Sin Vacuna Antitetánica %	7.6	5.3	7.0	7.2	6.6	6.9	35.1	26.1

4.14 Centro Hospitalario Pereira Rossell (Clínicas Ginecotológicas A y C)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	6551	7108	9022	9045	8479	8233	8105
Falta de datos %	20.3	21.7	22.4	19.5	11.1	7.7	4.4
Control prenatal %	67	73	74	75	77	83	85
Cesáreas %	17.3	16.9	15.8	14.9	14.1	15.2	16.3
Mort. Perinatal (>500g) p. mil	14	17	19	18	21	28	26
Falta de M. Intrauterina p. mil	25	23	15	0	0	0	0
Falta Egreso del Neonato p. mil	205	207	206	119	84	79	49
Sin Vacuna Antitetánica %	40.9	33.8	31.5	27.4	25.0	25.0	23.3

4.15 Hospital Policial

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	536	611	607	619	688	567	565
Falta de datos %	5.8	3.1	3.2	1.4	2.4	2.8	0.8
Control prenatal %	92	90	95	95	92	94	97
Cesáreas %	29.4	28.5	27.0	27.8	21.5	24.0	25.7
Mort. Perinatal (>500g) p. mil	19	21	32	8	26	16	20
Falta de M. Intrauterina p. mil	15	0	0	0	0	0	4
Falta Egreso del Neonato p. mil	13	33	31	6	3	4	2
Sin Vacuna Antitetánica %	12.3	10.8	8.4	9.3	1.9	3.2	2.0

4.16 IMPASA

	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	324	215	243
Falta de datos %	5.5	7.5	6.3
Control prenatal %	99	99	96
Cesáreas %	43.8	39.1	41.5
Mort. Perinatal (>500g) p. mil	3	0	4
Falta de M. Intrauterina p. mil	0	5	4
Falta Egreso del Neonato p. mil	6	0	25
Sin Vacuna Antitetánica p. mil	1.2	4.7	11.9

4.17 Médica Uruguaya

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	535	601	638	683	831	879
Falta de datos %	46.3	48.7	37.0	4.2	4.2	3.7
Control prenatal %	64	68	79	99	99	99
Cesáreas %	39.0	44.0	42.5	43.9	48.1	44.9
Mort. Perinatal (>500g) p. mil	6	7	8	7	13	5
Falta de M. Intrauterina p. mil	101	110	53	7	2	5
Falta Egreso del Neonato p. mil	441	918	810	42	11	5
Sin Vacuna Antitetánica %	28.0	25.6	11.9	6.3	5.1	5.6

4.18 Mutualista Universal

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	202	239	287	271	258	205	165	162
Falta de datos %	7.6	3.4	3.8	4.3	4.4	6.2	6.0	3.7
Control prenatal %	98	100	100	100	98	98	97	96
Cesáreas %	24.6	34.7	31.5	28.8	37.0	30.0	33.3	34.8
Mort. Perinatal (>500g) p. mil	15	8	0	7	8	5	12	6
Falta de M. Intrauterina p. mil	10	0	0	0	4	0	0	0
Falta Egreso del Neonato p. mil	5	8	0	15	0	5	12	0
Sin Vacuna Antitetánica %	2.5	3.8	3.2	3.0	0.4	1.0	0.0	0.0

4.19 Sanatorio OCA-Larghero

	1999
Historias Clínicas SIP	177
Falta de datos %	6.2
Control prenatal %	98.3
Cesáreas %	45.2
Mort. Perinatal (>500g) p. mil	6
Falta de M. Intrauterina p. mil	0
Falta Egreso del Neonato p. mil	0
Sin Vacuna Antitetánica %	1.7

4.20 Sanatorio Americano

	1998	1999
Historias Clínicas SIP	591	599
Falta de datos %	14.8	10.66
Control prenatal %	62	68
Cesáreas %	42.6	44.6
Mort. Perinatal (>500g) p. mil	23	20
Falta de M. Intrauterina p. mil	2	0
Falta Egreso del Neonato p. mil	12	8
Sin Vacuna Antitetánica %	44.9	43.5

4.21 Uruguay - España

	1996	1997	1998	1999
Historias Clínicas SIP	55	200	110	**
Falta de datos %	14.8	16.9	16.9	
Control prenatal %	94	93	91	
Cesáreas %	41.7	28.9	31.1	
Mort. Perinatal (>500g) p. mil	0	0	0	
Falta de M. Intrauterina p. mil	91	90	45	
Falta Egreso del Neonato p. mil	891	925	909	
Sin Vacuna Antitetánica %	32.7	40.5	31.8	

** No se recibió ningún dato de este período.

5. COBERTURA Y CALIDAD DE LOS DATOS

5.1 Introducción

Los programas del SIP permiten verificar la calidad de los datos antes de analizarlos. Se persiguen tres objetivos de calidad en los datos: la COBERTURA total de los eventos obstétricos, el LLENADO completo de las variables de las historias clínicas y la COHERENCIA interna de los datos de una misma historia. En caso de no disponer de datos completos y confiables, solamente cabrá esbozar una aproximación a un diagnóstico de situación perinatal.

La cobertura del SIP es comparada con la de los certificados de nacido vivo y de defunción fetal, considerada universal en todo el territorio del Uruguay. El llenado de las historias es estudiado en cada grupo de instituciones por los propios programas del SIP. La coherencia interna de los bancos de datos es responsabilidad de cada institución que la verifican, antes de entregar sus disquetes.

Los sectores de instituciones fueron definidos de la siguiente manera:

BPS	Area de la Salud del Banco de Previsión Social
MIL-POL	Hospitales Militar y Policial
ABC	Clínicas A, B y C Facultad de Medicina (Hospital Pereira Rossell y Hospital de Clínicas)
MUT-MVD	Mutualistas de Montevideo
INT - MUT	Instituciones mutuales del Interior
INT - MSP	Instituciones estatales del Interior

Todas las cifras presentadas en este capítulo fueron obtenidas de las salidas standard de los programas de computación del SIP: CONTROL DE LLENADO y DESCRIPCION DE UNA VARIABLE.

5.2 Cobertura del SIP

La cobertura de los datos presentados es del 70.6% sobre el total de nacimientos computados por el Registro de Estado Civil y el Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública (Tabla 1). En algunas instituciones la cobertura es del 100%, como se describió en los capítulos 3 y en otras faltan casos a lo largo del año. Algunas instituciones y un departamento no están representados por no haber mandado datos. A pesar de lo irregular de la cobertura, la cifra cercana a 40000 nacimientos anuales alcanzada en los últimos cinco años permite emitir evaluaciones globales por sector de actividad perinatal. La tabla 4 indica la composición de la base de datos que se analiza en esta publicación, por sector de instituciones de salud.

Tabla 4 EMBARAZOS SIP POR SECTOR EN 1999

	1999	%
BPS	3725	9.7
MIL-POL	1502	3.9
ABC	9111	23.6
MUT-MVD	9240	24.0
INT-MUT	7022	18.2
INT-MSP	7948	20.6
Privado y BPS	19987	51.8
Público	18561	48.2
Total	38548	100

Historias clínicas SIP en la base de datos analizada.

5.3 Control de llenado

En la Tabla 5 se presenta la evolución de la cantidad de información omitida en los diversos sectores de instituciones perinatales.

TABLA 5 – CONTROL DE LLENADO POR SECTOR

	85-89	90-94	1995	1996	1997	1998	1999
	%	%	%	%	%	%	%
BPS	1.9	16.8	6.9	9.7	9.2	9.6	11.8
MIL-POL	3.5	6.2	4.0	6.0	14.8	21.8	12.7
ABC	17.1	18.	19.5	16.4	10.8	7.7	4.7
MUT-MVD	-	26.1	12.8	16.5	13.7	13.0	9.4
INT-MUT	-	4.7	9.9	9.8	9.5	12.0	10.7
INT-MSP	12.0	11.1	15.4	14.7	14.1	13.6	10.7
Total	13.4	15.7	15.8	14.0	12.1	11.6	9.1

Porcentaje de información omitida por el personal clínico al llenar las historias.

Desde la implantación en forma obligatoria del SIP en 1990, se observa una lenta mejoría en el llenado de las historias clínicas cuya falta de información disminuye del 15.7% en el primer quinquenio de la década al 9.1% en 1999. La mejoría en la documentación se debe en gran parte al mayor cuidado puesto por las maternidades de la Universidad que han incorporado la tecnología a su rutina docente y asistencial; destacamos que las mutualistas de Montevideo continúan reduciendo el porcentaje de información faltante. Se observó una mejoría en la calidad de los registros de los Hospitales Militar y Policial disminuyendo el valor del año 1998 de 21.8% a 12.7%. En los restantes sectores se aprecia una leve mejoría excepto en el BPS donde hubo un leve aumento en la falta de información. A pesar de lo expresado, exceptuando las clínicas de la Facultad de Medicina A, B y C (a las que se suman 17 instituciones del interior y 3 de Montevideo), los restantes sectores aún no han logrado la cifra recomendada de menos de 5% de falta de datos. La tendencia de los últimos 10 años es la de un lento mejoramiento en la calidad de información, que sin embargo necesita enérgicas medidas para lograr un óptimo nivel de documentación. El llenado completo es un objetivo posible ya que es logrado por instituciones grandes y pequeñas, públicas y privadas.

El detalle de información no documentada en los diferentes departamentos del Interior está dado en la Tabla 6 desde 1992 hasta 1999. Sin considerar la cobertura del SIP, que en algunos casos puede ser incompleta, la calidad de llenado de las historias es muy buena en Flores, Rocha y Tacuarembó, todos por debajo del 5% de falta de datos en el conjunto de todas las variables de todas las historias clínicas. Los demás departamentos tienen niveles de llenado entre 6% y 11%. Destacamos la disminución progresiva en el porcentaje de falta de datos del departamento de Paysandú, la mejoría importante en Rivera pasando de un 24% a un 14% mientras los departamentos de Salto y San José se sitúan en el extremo de mayor omisión con 39.3% y 25.9% de falta de datos respectivamente. En el conjunto del interior del país, con 14988 partos, el nivel de omisión es del 10% del total de datos de la hoja básica de la historia clínica perinatal.

TABLA 6 - CONTROL DE LLENADO EN EL INTERIOR DEL PAÍS

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
	%	%	%	%	%	%	%	%
Artigas	7	9	9	14	13	12	12	7.4
Canelones	2	4	4	4	2	1	10	7.1
Cerro Largo	-	-	-	9	-	-	-	-
Colonia	3	3	5	5	5	5	9	5.8
Durazno	-	-	-	18	16	22	14	15.5
Flores	0.4	0.4	-	1	-	10	3	2.5
Florida	4	4	4	6	5	4	6	5.3
Lavalleja	-	-	-	-	-	-	8	6.1
Maldonado	5	4	2	6	6	9	9	8.3
Paysandú	13	14	20	28	26	17	15	11.0
Río Negro	4	5	7	8	5	9	9	9.7
Rivera	18	16	19	-	-	-	24	14.3
Rocha	2	1	1	3	-	6	5	2.7
Salto	-	16	-	-	-	31	26	39.3
San José	-	-	35	33	27	25	26	25.9
Soriano	24	20	15	5	5	6	-	7.2
Tacuarembó	6	4	22	9	10	12	5	4.2
T. y Tres	7	11	11	27	5	5	5	5.7
Total	7.3	8.2	7.5	12.8	11.2	10.0	9.9	10.4

Porcentaje de información omitida por el personal de salud al llenar las historias clínicas.

La Tabla 7 contiene la evolución de la falta de información en las instituciones públicas y privadas de Montevideo desde 1992. Sin considerar la cobertura del SIP, el llenado del formulario básico de la historia clínica perinatal es muy desparejo: desde 1% de falta de datos hasta 21% de omisión. Se destaca el Hospital Policial con 1% seguido por la Médica Uruguaya, la Mutualista Universal y el Hospital Pereira Rossell, con un nivel del 4%. Mantienen un buen nivel de llenado el BPS, CASMU y el Hospital de Clínicas. Han mejorado respecto al año anterior el Círculo Católico. El Hospital Británico, IMPASA y Mutualista Universal. Las demás instituciones tienen niveles de llenado intermedios con amplio margen para mejorar. En el conjunto de todas las instituciones montevidéas, luego de una tendencia a mejorar el llenado sumamente lenta, la falta de datos se sitúa por primera vez por debajo del 10%, guarismo aún lejos del 5% al cual se tiende para tener datos de buena calidad.

TABLA 7 - CONTROL DE LLENADO EN LAS MATERNIDADES DE MONTEVIDEO

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
	%	%	%	%	%	%	%	%
Asociación Española	-	74	54	21	14	12	13	13
B.P.S.Area de la Salud	16	7	11	7	10	9	10	11
Casa de Galicia	17	30	35	34	33	27	25	-
CASMU	17	20	18	17	14	12	10	11
CEMECO	32	32	35	39	41	-	-	-
CIMA-España	-	-	22	14	7	7	27	21
Círculo Católico	61	49	67	55	24	14	11	8
CUDAM	-	10	-	-	-	-	-	-
Hospital Británico	7	10	10	9	9	10	8	6
Hospital de Clínicas	26	31	21	4	9	10	8	8
Hospital Evangélico	-	-	-	-	44	46	50	-
Hospital Italiano	32	-	-	9	-	7	-	18
Hospital Militar	7	4	5	5	9	22	31	20
Hospital P.Rossell	17	21	22	22	19	11	8	4
Hospital Policial	-	6	3	3	1	2	3	1
IMPASA	13	17	17	19	9	5	8	6
Medica Uruguaya	46	46	46	49	37	4	4	4
Mutualista Universal	6	4	4	4	4	6	6	4
OCA-Larghero	-	-	-	-	-	-	-	6
Sanatorio Americano	-	-	-	-	-	18	15	11
SMI	-	-	-	-	25	11	16	-
Uruguay-España	-	-	-	-	15	17	17	-
Total	28.4	25.0	28.3	12.8	16.5	13.7	13.0	9.4

Porcentaje de información omitida por el personal de salud al llenar las historias clínicas.

6. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ASISTIDA

6.1 Introducción

En este capítulo se presentan indicadores que describen la población asistida, resaltando las diferencias entre los sectores perinatales del país. Los años de escolaridad de las embarazadas son un indicador del esfuerzo en educación; el hábito de fumar es reflejo de políticas tendientes al cuidado de la propia salud y el parto de madres adolescentes es motivo de preocupación de los planificadores de servicios de educación y de salud.

Todas las cifras presentadas en este capítulo fueron obtenidas de las salidas standard de los programas de computación del SIP: ESTADISTICA BASICA, DESCRIPCION DE UNA VARIABLE y ESTIMACION DE RIESGO.

En todas las tablas se utilizan las siguientes abreviaturas:

BPS	Area de la Salud del Banco de Previsión Social
MIL-POL	Hospitales Militar y Policial
ABC	Clínicas A, B y C Fac.de Medicina (Hospital P.Rossell y Hospital de Clínicas)
MUT-MVD	Mutualistas de Montevideo
INT - MUT	Instituciones mutuales del Interior
INT - MSP	Instituciones estatales del Interior

6.2 Escolaridad de las embarazadas

Mediante el programa de DESCRIPCION DE UNA VARIABLE del SIP se analizó la variable ESTUDIOS de las embarazadas por sector de instituciones a las que acuden (Tabla 8).

TABLA 8 - ESCOLARIDAD DE LAS EMBARAZADAS - PARTOS DE 1999

	sin estudios	Primaria	Secundaria	Univ/terc	TOTAL
	%	%	%	%	%
BPS	0.2	35.0	63.4	1.3	100
MIL	0.9	32.7	61.0	5.4	100
ABC	1.3	55.9	42.3	0.7	100
MUT MVD	0.7	12.2	54.4	32.7	100
INT MUT	0.7	32.4	58.8	8.0	100
INT MSP	1.0	54.0	43.3	1.7	100
Montevideo	0.9	34.0	51.6	13.6	100
Interior	0.8	42.5	51.5	5.0	100
Uruguay	0.9	37.3	51.6	10.3	100

Los porcentajes de esta tabla fueron ajustados al total de embarazadas con dato disponible de escolaridad.

Se desconoce el nivel educativo del 8.4% de las embarazadas (9.8% en 1998 y 13.9% en 1995), porcentaje que alcanza el 24.6% entre las pacientes de las mutualistas de Montevideo (37.6% en 1995). El 0.9% de las

embarazadas de 1999 no ha accedido ni siquiera a los primeros años de educación primaria; en efecto la variable ESTUDIOS indica el nivel máximo en el que se desempeñó la paciente.

Excluyendo los casos sin información, el 37.3% de las embarazadas tiene nivel primario, el 51.6% nivel secundario y el 10.3% tiene estudios de nivel terciario. Con respecto a 1995 se observa una mayor proporción de embarazadas con estudios secundarios (de 50.0% a 51.6%) y universitario (de 7.8% a 10.3%); esta mayor proporción de embarazadas con estudios puede responder al hecho de que las mutualistas de Montevideo registran mejor esta variable que cuatro años antes (de 37.6% de falta de datos en 1995 y 27.1% en 1998 pasa a 24.6% en 1999).

La escolaridad de las embarazadas es similar en Montevideo y en el interior en cuanto al nivel secundario y a la ausencia de estudios, mientras que existe un porcentaje mayor de embarazadas con estudios universitarios en Montevideo.

6.3 Hábito de fumar

El porcentaje de embarazadas fumadoras (Tabla 9) ha disminuido en la mayoría de los sectores del país, mostrando únicamente un leve aumento en las Instituciones Públicas del Interior, mientras mantienen sin cambios el porcentaje de tabaquismo los servicios universitarios de los Hospitales Clínicas y Pereira Rossell. El porcentaje de embarazadas fumadoras disminuye en el sector mutual: de un nivel de entre 11% y 12% en 1998, se evidencia menos del 10% de embarazadas fumadoras en las mutualistas de Montevideo y del Interior. El tabaquismo se reduce en el BPS de 26% a 22% en el último año. Los establecimientos del MSP del Interior y los Hospitales Militar y Policial se ubican en un nivel intermedio con porcentajes de fumadoras de 18.5% y 18.7%.

En las embarazadas, el tabaquismo es mucho más frecuente en Montevideo que en el interior, con 22% de fumadoras en la capital frente a menos de 14% en las localidades del interior.

TABLA 9- HABITO DE FUMAR DE LAS EMBARAZADAS

	1994 %	1995 %	1996 %	1997 %	1998 %	1999 %
BPS	18	18	26	26	26	22.1
MIL	19	17	20	16	20	18.7
ABC	32	31	35	35	35	35.3
MUTMVD	9	9	13	12	12	9.7
INT MUT	12	10	11	10	11	9.3
INT MSP	19	16	17	17	17	18.5
Montevideo	20	19	24	23	24	22.1
Interior	15	13	14	13	14	13.6
Uruguay	18.1	16.9	20.0	19.4	19.8	18.8

En 1999, la aplicación del programa de ESTIMACION DE RIESGO del SIP al hábito de fumar como factor de riesgo de bajo peso al nacer (BPN) se traduce en un riesgo relativo de 1.56 con intervalo de confianza de 1.45 a 1.68. Esta asociación se mantiene sin cambios desde 1996. El hábito de fumar incrementa por lo tanto en un 56% la predisposición al bajo peso al nacer.

6.4 Madres adolescentes

Se ha estudiado la incidencia de partos de adolescentes en la población registrada mediante el SIP. En la Tabla 10 se indica la proporción de partos en dos franjas de edad: de 10 a 14 años y de 15 a 19 años para los casos registrados con el SIP en todo el Uruguay desde 1991 hasta 1999.

TABLA 10 - EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA

Edad	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
10-14	0.6%	0.5%	0.5%	0.6%	0.5%	0.5%	0.6%	0.5%	0.5%
15-19	18.5%	15.4%	16.9%	17.3%	17.1%	16.8%	16.7%	16.8%	17.0%
10-19	19.0%	15.9%	17.4%	17.8%	17.6%	17.3%	17.3%	17.3%	17.5%
Total	20849	27252	27242	30908	39226	39309	40702	37419	38548

El porcentaje de partos de madres adolescentes se mantiene mayor al 17% desde 1993. En el total de embarazos el 17.5% es un embarazo de mujer cuya edad está comprendida entre 10 y 19 años. El grupo de menores de 14 años se mantiene constante en 5 por mil embarazos, lo que representa unos 200 embarazos de la base recogida o bien unos 300 casos sobre el total de 54000 nacimientos del Uruguay. La estratificación del fenómeno del parto de madres adolescentes por sectores de instituciones, indica grandes diferencias, como se muestra en la Tabla 11.

TABLA 11 - EMBARAZOS DE MADRES ADOLESCENTES POR SECTOR

	1994 %	1995 %	1996 %	1997 %	1998 %	1999 %
BPS	21.2	21.9	19.7	22.0	23.4	22.0
MIL-POL	27.3	22.2	22.7	19.9	19.4	20.0
ABC	20.9	26.6	26.1	25.1	25.8	25.7
MUT-MVD	5.1	5.1	4.5	4.2	4.5	4.4
INT-MUT	12.7	13.2	12.8	13.8	13.7	12.9
INT-MSP	22.7	23.5	23.4	23.5	22.7	24.9
Montevideo	15.2	17.2	16.4	16.1	16.7	16.4
Interior	17.4	18.0	17.8	18.3	17.9	18.5
Uruguay	17.8	17.6	17.3	17.3	17.3	17.5

Embarazos de madres de 10 a 19 años de edad.

El porcentaje de madres adolescentes es del orden del 25% en las clínicas universitarias, con valores similares pero algo inferiores en el BPS y en los hospitales del interior. Los hospitales Militar y Policial han reducido su proporción de embarazo adolescente en los últimos 15 años del 27% al 20% actual. Las mutualistas de Montevideo tienen menos del 5% de embarazo adolescente y sus pares del interior 12.9%. En su conjunto el interior del país supera a Montevideo en porcentaje de embarazos de adolescente con 18.5% y 16.5% respectivamente en el año 1999.

7. INDICADORES DE ATENCION PERINATAL

7.1 Introducción

Los datos de las historias clínicas permiten recopilar información sobre la atención perinatal ofrecida en los diferentes sectores perinatales del país. Desde la cantidad de controles prenatales hasta la tasa de cesáreas, existen indicadores que pueden servir para planificar la atención a escala nacional. La auditoría de muertes perinatales y maternas puede ser realizada a partir de las salidas impresas del SIP.

Todas las cifras presentadas en este capítulo fueron obtenidas de las salidas standard de los programas de computación del SIP: ESTADISTICA BASICA, DESCRIPCION DE UNA VARIABLE y EVALUACION DEL CONTROL PRENATAL.

7.2 Control prenatal

La evaluación del control prenatal puede hacerse examinando tres indicadores: el porcentaje de embarazadas que consultan aunque sea una vez antes de presentarse para el parto, la media del número de controles en cada sector y la distribución de la cantidad de controles por embarazada. La Tabla 12 presenta la evolución del porcentaje de embarazadas no controladas, la Tabla 13 indica la media de visitas por embarazada y la Tabla 14 las distribuciones de controles.

TABLA 12 - AUSENCIA DE CONTROL PRENATAL

	85-89 %	90-94 %	1995 %	1996 %	1997 %	1998 %	1999 %
BPS	7	8	3	2	2	3	4
MIL-POL	10	9	7	7	8	26	16
ABC	49	30	24	23	21	17	15
MUT-MVD		24	20	16	9	10	9
INT-MUT		4	5	6	5	3	2
INT-MSP	17	12	11	11	10	9	9
Montevideo	34	23	18	16	12	13	11
Interior	17	8	8	8	7	6	5
Público	28	19	15	14	13	13	11
Privado		17	15	13	8	8	7
Uruguay	22	20	15	14	11	10	9

Porcentaje de embarazadas que no concurren ni una sola vez a control prenatal. Aclaración símbolos en pág. 34.

El control del embarazo aumenta su cobertura desde el 80% en el período 1990-1995 hasta el 91% en 1999 en todo el país. La disminución del porcentaje de pacientes sin control prenatal en la dupla Hospitales Militar y Policial se debe además a una mejoría en la calidad del ingreso de datos (ver tabla 4). Todos los demás sectores han mejorado el control prenatal en general, el sector mutual del Interior es el que exhibe cifras de universalidad del control prenatal casi total con 2% de las terminaciones de embarazo sin control. En Montevideo las mutualistas controlan al 91% de sus embarazadas. En el Hospital Pereira Rossell y el Hospital de Clínicas, la exigencia del Carnet Perinatal junto con otras medidas de facilitación del acceso a los servicios están corrigiendo las cifras de bajo control prenatal de años anteriores. Aún así, en las clínicas del Hospital Pereira Rossell y del Hospital de Clínicas el 15% de las embarazadas concurre al parto sin haber consultado siquiera una vez durante el embarazo.

La tabla 13 muestra el promedio de consultas calculado sobre las embarazadas que recibieron por lo menos un control prenatal. El número de consultas por embarazada sigue una tendencia creciente en todo el Uruguay llegando a 7 consultas como promedio entre los embarazos controlados. Las mutualistas de Montevideo e Interior han superado las 7 consultas por embarazada mientras las Clínicas de la Facultad de Medicina junto con los Hospitales del Interior dedican más de 6 consultas a cada embarazada que se presenta para ser controlada.

TABLA 13 - MEDIA DE VISITAS PRENATALES POR EMBARAZADA

	85-89	90-94	1995	1996	1997	1998	1999
BPS	3.3	5.9	6.9	6.9	6.8	7.0	7.1
MIL-POL	5.1	5.5	6.0	6.0	5.9	6.4	7.1
ABC	3.7	4.1	4.6	4.5	4.5	5.0	6.1
MUT-MVD		6.8	7.5	7.5	7.5	7.6	7.8
INT-MUT		6.8	6.9	6.9	7.0	6.8	7.3
INT-MSP	5.2	5.5	5.5	5.7	5.5	6.0	6.4
Montevideo	3.3	4.7	6.1	6.2	6.1	6.4	7.0
Interior	5.2	6.2	6.1	6.3	6.3	6.4	6.9
Público	4.2	5.0	5.4	5.4	5.3	5.8	6.4
Privado		7.8	8.3	8.3	8.3	8.3	8.7
Uruguay	4.2	5.5	6.1	6.2	6.3	6.4	7.0

Para evaluar la cantidad de consultas prenatales que se desarrollan en el Uruguay en un año, extrapolamos los datos de las tablas 12 y 13. Sobre la base del 91% de control prenatal, aplicado a 54590 nacimientos del año 1999 con una media de 7 consultas, se obtiene la cifra de 382130 consultas, lo que implica aproximadamente unas 1047 consultas prenatales diarias en todo el país.

Para evaluar el perfil del control prenatal en mayor detalle que el promedio de consultas y la cobertura, se divide a las embarazadas de acuerdo a la cantidad de controles a los que concurrieron. En la Tabla 14 se indica el porcentaje de casos sin información, las embarazadas que no fueron controladas, las que tuvieron entre 1 y 4 controles, entre 5 y 8 controles y las que concurrieron 9 veces o más.

TABLA 14 - PERFIL DEL CONTROL PRENATAL 1999

	S/d	ningún control	1 a 4	5 a 8	9 +	TOTAL
	%	%	%	%	%	%
BPS	4	0.1	13.3	41.0	41.6	100.0
MIL-POL	21.9	2.4	14.9	22.9	37.9	100.0
ABC	0.1	15.0	28.6	32.7	23.6	100.0
MUT-MVD	8.8	0.5	6.0	35.0	49.7	100.0
INT-MUT	0.9	0.9	10.8	42.8	44.6	100.0
INT-MSP	1.4	7.7	23.8	37.0	30.1	100.0
Montevideo	6.8	6.2	16.5	34.3	37.6	
Interior	1.1	4.1	16.9	40.1	37.8	
Publico	2.7	9.1	23.4	34.9	29.9	
Privado	5.9	0.8	9.4	44.3	54.4	
Uruguay	3.5	5.5	16.6	36.7	37.7	100.0

La documentación de la cantidad de visitas prenatales mejora, pasando de una falta de datos del 4.2% en 1998 a una de 3.5% en 1999. Las embarazadas que se presentan al parto sin ningún control prenatal disminuyen de un porcentaje de 6.1% a 5.5% respectivamente. En líneas generales todas las Instituciones tanto públicas como privadas mantienen los mismos porcentajes respecto a años anteriores, excepto el aumento de pacientes con más de 9 consultas a expensas del grupo de 5 a 8 controles.

Para el total de los 54590 nacimientos del país, traduciendo a números absolutos los porcentajes de la Tabla 14, la población que aún no concurre ni siquiera una sola vez a control de embarazo es de 3025 embarazadas, algo menor que 3568 embarazadas del año 1998. De todas maneras, se deberá continuar con medidas de publicidad y facilitando el acceso a la consulta prenatal en todos los ámbitos perinatales del país.

La captación antes de las 20 semanas de embarazo tuvo la distribución indicada en la Tabla 15 que muestra su evolución desde 1995 hasta 1998.

TABLA 15 - CAPTACION DE EMBARAZADAS ANTES DE 20 SEMANAS

	1995	1996	1997	1998	1999
	%	%	%	%	%
BPS	18.8	46.8	48.2	52.6	52.2
MIL-POL	25.5	55.9	51.8	62.6	68.5
ABC	17.8	46.7	46.1	48.0	52.3
MUT-MVD	73.1	72.9	74.9	76.9	78.7
INT-MUT	32.8	62.2	63.5	61.0	67.4
INT-MSP	17.9	51.0	48.1	51.4	51.8
Montevideo	23.3	53.3	50.2	52.7	52.4
Interior	25.9	57.0	56.4	56.6	60.3
Público	20.0	51.9	48.9	54.2	56.6
Privado	56.4	72.1	73.8	73.6	78.0
Uruguay	27.7	57.0	57.4	59.3	62.0

Porcentaje de embarazadas controladas antes de la semana 20; el denominador es la cantidad de embarazadas que tienen por lo menos un control documentado en el SIP.

La captación antes de las 20 semanas de gestación aumentó a más del doble del año 1995 al 1999, llegando al 62% de las embarazadas controladas en todo el país. El sector público es el que mejoró más este indicador de calidad de atención, pasando del 20% a cifras superiores al 50% de la población controlada. En el interior del país el porcentaje de embarazadas captadas antes de las 20 semanas de gestación (60.3%) es mayor que en Montevideo (52.4%).

7.3 Diagnósticos de retardo de crecimiento intrauterino

El registro informatizado de la historia clínica permite evaluar la calidad del control prenatal al cotejar diagnósticos con resultados. Como ejemplo de ello se ha seleccionado la capacidad de diagnóstico del Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU). Se define como RCIU el diagnóstico ANTENATAL de retardo del crecimiento; se obtiene la información objetiva de retardo con el PERCENTIL bajo de peso en el momen-

to de nacer. La comparación, para un grupo seleccionado de pacientes, de ambos datos permite evaluar la capacidad diagnóstica consignada en la Historia Clínica Perinatal.

Para realizar esta evaluación el programa del SIP selecciona el conjunto de embarazadas para las cuales el diagnóstico de RCIU es clínicamente posible. Naturalmente este enfoque es aproximado ya que no todos los pequeños para la edad gestacional (por debajo del percentil 10) son el resultado de retardos de crecimiento y por otro lado un retardo puede ser corregido durante el embarazo. De todas maneras se espera cierta correlación entre el diagnóstico previo y el desenlace al nacer.

Se define la «población de estudio» a aquella para la cual se conoce la fecha de última menstruación (FUM) en forma segura y confiable y hubo «3 controles o más, el último en la semana 34 o después» o bien «la embarazada fue hospitalizada durante el embarazo y el nacimiento fue en la semana 34 o después». La Tabla 16 presenta las cifras obtenidas sobre las historias clínicas de 1995 y de 1999.

TABLA 16 - EMBARAZADAS EN LAS QUE SE PUEDE HACER DIAGNOSTICO DE RCIU

	1995			1999		
	Total	N	%	Total	N	%
BPS	4029	2147	53	3725	1469	39
MIL-POL	2136	1085	51	1502	632	42
ABC	10194	2211	22	9111	3224	35
MUT-MVD	10427	3292	32	9240	5527	60
INT-MUT	5910	2923	49	7022	3062	44
INT-MSP	6510	2155	33	7948	2933	37
Montevideo	26786	8735	33	23578	10852	37
Interior	12420	5078	41	14970	5995	40
Publico	22869	7598	33	22286	8258	37
Privado	16337	6215	38	16262	8589	53
Uruguay	39206	13813	35	38548	16847	44

De acuerdo a los datos recogidos con el SIP, el 44% de las embarazadas del Uruguay tiene un control prenatal tal que permite hacer diagnóstico de RCIU: ya sea descartando el RCIU o diagnosticando el retardo. Este porcentaje era de tan solo el 35% en 1995, lo que indica una mejora en la documentación clínica o en el perfil de control prenatal o en ambos aspectos. El sector de mayor mejoría es el de las instituciones privadas de todo el país que de 38% en 1995 tienen una población susceptible de diagnóstico del 53% en 1999.

El mismo programa del SIP identifica en la población de la Tabla 16 los que nacieron con un percentil menor de 10, o sea que nacieron como pequeños para la edad gestacional (PEG). La sensibilidad es la proporción de aciertos entre los casos patológicos confirmados. La especificidad es la proporción de aciertos entre los casos normales confirmados. El programa del SIP calcula la sensibilidad de diagnóstico de RCIU, tomando como dato confirmatorio el PEG, o sea el percentil menor de 10 al nacer.

En la Tabla 17 se indican los diagnósticos de RCIU en cada sector y la cantidad de PEG documentados al parto. De la Tabla 17 se deduce que, dada la definición de PEG, sus porcentajes no son muy diferentes del 10% de la población ya que, en una población «normal» el 10% de los casos está por debajo del percentil 10.

La población de mayor riesgo, como la de las Clínicas Universitarias A, B y C tiene un porcentaje de PEG del 14.0%, mientras que las mutualistas del Interior tienen solamente el 9.1 %. El tercer par de columnas indica los verdaderos positivos (VP), en número de embarazos y en sensibilidad.

TABLA 17 CONTROL PRENATAL: RCIU, PEG Y SENSIBILIDAD 1999

	RCIU		PEG		Verdadero Positivo (VP)	
	Casos	%	casos	%	casos	sens. %
BPS	48	3	130	9	38	29
MIL-POL	36	6	80	13	22	28
ABC	106	3	460	14	77	17
MUT-MVD	102	2	581	11	76	13
INT-MUT	25	1	280	9	17	6
INT-MSP	20	1	320	11	16	5
Montevideo	292	4	1251	13	213	21
Interior	45	1	600	10	33	6
Publico	210	3	990	12	153	17
Privado	127	1	861	10	93	11
Uruguay	337	2	1851	11	246	13

De la Tabla 17 se observa que al lado de cifras del orden del 10% para PEG, es importante la diferencia con los diagnósticos de RCIU, que varían del 1% al 6% según el sector de instituciones. Deberá ser investigado este hecho para establecer si se trata de omisión de diagnóstico o de omisión de documentación en la Historia Clínica Perinatal de diagnósticos de RCIU. En consecuencia, los verdaderos positivos (VP) son muy pocos y la sensibilidad del método muy inferior a lo esperado: del 5.0% al 29.2%. Los sectores donde mejor se registra el diagnóstico antenatal son las instituciones de Montevideo y en general el sector público, donde se concentran los hospitales docentes.

Con estas consideraciones se quiere llamar la atención sobre la falta de datos que reflejan la verdadera atención brindada a las embarazadas. En realidad, es muy probable que los diagnósticos de RCIU sean más que los que se anotan en la Historia Clínica. El primer paso hacia el mejoramiento de la capacidad diagnóstica es el conocimiento de la situación actual. Esto será posible en la medida en que los cuerpos técnicos de las Instituciones del Interior y de Montevideo llenen la historia clínica perinatal de la paciente durante la atención brindada a lo largo del embarazo y no «a posteriori» como un formulario de recolección estadística después del nacimiento.

7.4 Cesáreas

El incremento en el porcentaje de cesáreas no se ha detenido aún en el Uruguay como se muestra en la figura 2. A escala nacional el 24.7% de las terminaciones de embarazo corresponde a cesárea. Los porcentajes de 1996 y 1997 podían hacer suponer el inicio de una tendencia decreciente que no se confirma en 1998 y que en el año 1999 aumentó. El porcentaje de cesáreas en los diferentes sectores de instituciones perinatales del país es muy variable y tuvo la evolución que se indica en la Tabla 18.

TABLA 18 - CESAREAS POR SECTOR DE INSTITUCIONES

	85-89 %	90-94 %	1995 %	1996 %	1997 %	1998 %	1999 %
BPS	19	21	20	20	18	22	23
MIL-POL	15	21	24	23	25	24	26
ABC	16	17	16	15	15	16	17
MUT-MVD		32	39	36	36	39	40
INT-MUT		22	26	27	28	28	27
INT-MSP	17	14	13	15	13	15	15
Montevideo	16.7	23.8	26.2	24.5	24.3	26.5	27.5
Interior	17.0	18.2	19.9	21.4	21.0	21.9	21.4
Publico	16.8	18.0	18.0	18.0	17.2	19.1	19.8
Privado		27.4	33.0	31.8	32.3	33.9	34.0
Uruguay	16.8	20.8	23.8	23.1	22.6	23.8	24.7

En el sector de instituciones estatales (BPS, Hospitales Militar y Policial y Clínicas Universitarias) se produjo un leve aumento en el porcentaje de cesáreas que pasa en diez años de casi 17% a casi 20% de las terminaciones de embarazo. Muy diferente es la situación del sector mutual que llega al 40% en Montevideo y 27% en el Interior. En un lapso de diez años esta proporción aumenta del 27% al 34% en el sector mutual, lo que representa un incremento del 26% a comparar con el incremento de 18% del sector público. La figura 2 muestra la evolución del porcentaje de cesáreas en el sector mutual de Montevideo, en los hospitales del MSP del Interior y en el total del país: se observa que en los años 96-97 el ritmo de incremento se había reducido, volviendo a aumentar en 1998 y 1999.

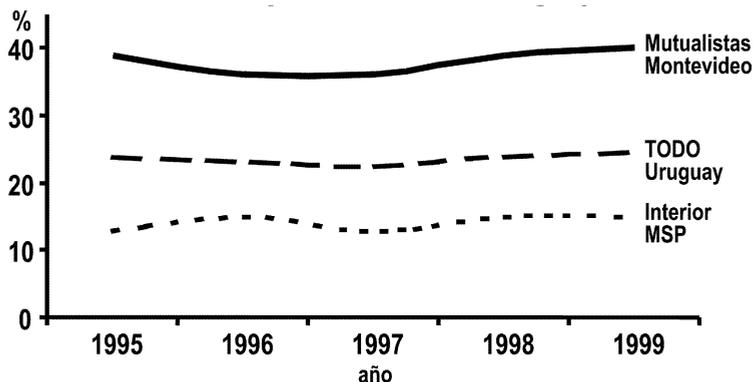


Figura 2. Evolución del porcentaje de cesáreas en el Uruguay y en dos sectores extremos: las mutualistas de Montevideo y el sector público del Interior.

7.5 Depresión neonatal

Se entiende por «deprimido grave» todo recién nacido con Apgar entre 0 y 3 al primer minuto de vida. En Uruguay en 1999, se registra 1.4% de depresión grave en las Historias Clínicas. El porcentaje de deprimidos graves es inferior al que se registraba en el quinquenio 1985-1989 y se mantiene sin mayores variaciones en los últimos 10 años entre el 1.4% y el 1.7% con tendencia a disminuir (Tabla 19). Se observa una franca disminución en el porcentaje de deprimidos graves en los Hospitales Militar y Policial luego del pico de 1998 además del sistema mutual del Interior que pasa de 1.1% a 0.7% de 1998 a 1999.

A los efectos de planificar servicios de tratamiento intensivo, debe conocerse la incidencia de depresión neonatal: ésta se mantiene en unos 900 deprimidos graves en el año, o sea 17 casos semanales.

TABLA 19 - RECIENNACIDOS DEPRIMIDOS GRAVES

	85-89 por mil	90-94 por mil	1995 por mil	1996 por mil	1997 por mil	1998 por mil	1999 por mil
BPS	37	14	16	13	14	16	15
MIL-POL	28	22	19	16	17	35	19
ABC	46	21	18	16	23	21	22
MUT-MVD		15	12	15	14	14	13
INT-MUT		11	10	13	11	11	7
INT-MSP	35	15	29	12	10	10	12
Montevideo	42	18	15	15	18	18	17
Interior	35	13	19	12	10	10	10
Publico	40	18	20	15	17	21	18
Privado		13	11	14	13	13	10
Uruguay	34	17	17	15	15	16	14

Tasa de puntaje de Apgar al primer minuto entre 0 y 3 por mil nacidos vivos de más de 500 gramos.

7.6 Lactancia al alta

En el marco de la promoción de la lactancia materna, se ha evaluado el alimento de los recién nacidos al alta. La Tabla 20 indica el porcentaje de lactancia materna exclusiva en el momento del alta en los grupos de instituciones del país.

De acuerdo a los datos del SIP, en 1999 más del 96% de los recién nacidos está a pecho exclusivo en el momento del alta de la maternidad. Este porcentaje constituye un leve descenso respecto al 98.1% de 1998.

TABLA 20 - ALIMENTACION A PECHO EXCLUSIVO AL ALTA

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
BPS	97.8	98.3	99.2	98.6	99.1	98.1
MIL-POL	97.5	98.3	97.4	99.0	97.1	97.4
ABC	91.2	99	98.3	98.8	98.8	97.5
MUT-MVD	93.4	92.5	96.4	96.9	96.4	94.2
INT-MUT	94.8	97.8	97.6	98.5	98.6	98.1
INT-MSP	94.4	96.4	98.0	98.9	98.8	95.3
Uruguay	93.9	96.6	97.7	98.3	98.1	96.4

Recién nacidos vivos con egreso vivo, excluyendo todas las muertes fetales y neonatales.

El sector mutuo de Montevideo mantiene la tasa de lactancia exclusiva al alta más baja del país con el 94.2% de sus recién nacidos.

8. DIAGNOSTICO DE SITUACION PERINATAL

8.1 Introducción

Los documentos generados automáticamente por los programas del SIP permiten esbozar una aproximación a un diagnóstico de situación perinatal. Se analizan aquí los indicadores perinatales principales sobre los datos agrupados en sectores de actividad perinatal. Se analizan la mortalidad perinatal, la mortalidad materna, el bajo peso al nacer y las patologías maternas prevalentes. Las cifras presentadas en este capítulo fueron obtenidas de la salida standard del programa del SIP «ESTADISTICA BASICA».

8.2 Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal puede ser estimada a partir de las Historias Clínicas Perinatales (HCP) donde el personal de salud llenó las variables que indican el estado de vida o de muerte del recién nacido y si éste fue dado de alta con vida. La estimación de esta tasa depende de que TODAS las terminaciones de embarazo estén registradas y de que en NINGUNA historia clínica falte el dato de vida o de muerte al nacer y de vida o muerte al alta. Actualmente es imposible hacer una estimación exacta de la mortalidad perinatal a escala nacional a partir de datos del SIP por tratarse de datos incompletos. Por un lado faltan datos de vida o de muerte al nacimiento y por otro los recién nacidos dados de alta pueden fallecer sin que el registro hospitalario reciba noticia de ello. Para evaluar la magnitud del sub registro alcanza con considerar que, aún en 1999, del total de casi 39000 historias clínicas, 595 eventos perinatales no tienen información sobre el estado de vida o de muerte del feto, lo que representa una mortalidad fetal adicional potencial de 15 por mil. A esto deben sumarse los 2159 recién nacidos sin dato de vida o de muerte en el momento del alta, además de la falta de registro de muchas defunciones post alta en los primeros 28 días. Esta situación no ha mejorado desde 1995, lo que sugiere que las tasas estimadas aquí pueden aún estar por debajo de las tasas reales. En la tabla 21 se presentan las estimaciones de mortalidad hechas por el SIP en los diversos sectores del país, con los datos disponibles. Las tasas de la tabla 21 pueden ser consideradas como tasas de mortalidad perinatal hospitalarias, con un sesgo hacia valores inferiores debido a la falta de registro de desenlaces neonatales.

TABLA 21 - MORTALIDAD PERINATAL

	85-89 por mil	90-94 por mil	1995 por mil	1996 por mil	1997 por mil	1998 por mil	1999 por mil
BPS	21	20	19	21	16	11	14
MIL-POL	17	20	22	14	15	12	13
ABC	38	17	19	18	20	27	24
MUT-MVD		14	12	12	10	10	9
INT-MUT		15	9	13	10	10	10
INT-MSP	25	16	18	17	18	18	14
Montevideo	31	16	16	16	15	17	16
Interior	25	15	13	15	14	14	12
Público	29	17	19	18	18	18	17
Privado		14	11	12	10	10	9
Uruguay	24.1	17	15.9	15.7	14.2	16.5	15.0

Tasas por mil nacidos vivos y muertos de más de 500 gramos.

Nota: la tasa del sector público 1985-89 fue calculada sobre la base de la ponderación de casos por sector del año 1999: su valor difiere por lo tanto de la tasa de «Uruguay» calculada en su momento sobre el total de casos recibidos.

En el Area de la Salud del BPS, la mortalidad perinatal, a pesar de continuar por debajo del nivel histórico de 20 por mil, sufrió un incremento en su cifra pasando de un 11 por mil en 1998 a un 14 por mil en 1999. Los Hospitales Militar y Policial se mantienen en valores similares al año anterior, pero la falta de datos de origen obstétrico del Hospital Militar pone en duda las cifras obtenidas. Las Clínicas Universitarias evidencian una disminución en la tasa respecto a 1998 (27 y 24 por mil respectivamente). Las Mutualistas de Montevideo y del Interior continúan obteniendo tasas cercanas al 10 por mil. Los establecimientos de Salud Pública del Interior presentaron una importante mejoría en su tasa pasando de 18 por mil en 1998 a 14 por mil en 1999.

A escala nacional, la tasa estimada sobre la base de estos datos es de 15.0 por mil nacidos vivos y muertos de más de 500 g. Esta tasa de mortalidad perinatal es en realidad una tasa limitada al alta de la maternidad o de los centros de tratamiento intensivo de los recién nacidos, ya que recién en 2001 se instrumenta el seguimiento activo hasta el día 28 de vida. La correlación de los datos clínicos con los certificados de defunción permitirá mejorar aun este registro.

El análisis de la evolución de esta tasa de mortalidad indica que se mantiene la brecha entre el sector público y privado (19 y 11 por mil en 1995 y 17 y 9 por mil en 1999). También se mantiene la diferencia entre el Interior y Montevideo dónde se concentra la mortalidad, probablemente a raíz de un esquema de derivación de casos de alto riesgo: 16 por mil en Montevideo y 12 por mil en el Interior.

8.3 Mortalidad materna

La mortalidad materna fue estimada para el período 1999 en 16 por 100 mil nacidos vivos sobre la base de los datos recogidos mediante el SIP. Al igual que para la tasa de mortalidad perinatal, para realizar una estimación confiable de mortalidad materna a partir de datos del SIP, debemos contar con todos los registros completos de las historias ingresadas. Del total de 38548 embarazadas, se desconoce el estado de vida o de muerte de 2062 puérperas (5.3%) observando la historia clínica perinatal. Si bien este dato puede parecer obvio en la mayoría de los casos, su registro es indispensable a los fines estadísticos y legales. La tabla 22 muestra las muertes maternas registradas desde 1985 hasta 1999.

TABLA 22 - MUERTES MATERNAS

	85-89	90-94	1995	1996	1997	1998	1999
BPS	13	15	1	3	2	1	1
MIL-POL	2	5	1	-	1	-	-
ABC	12	11	17	2	5	4	-
MUT-MVD	-	17	14	1	0	2	3
INT-MUT	-	6	4	-	3	1	-
INT-MSP	6	10	6	6	2	2	2
Uruguay	33	64	43	12	13	10	6
por 100 mil	76	55	110	30	32	25	16

Defunciones maternas y tasa por 100 mil.

El egreso materno fue notoriamente mal registrado en 1995, año en que fueron registradas 43 supuestas muertes maternas en el SIP, lo que arroja una tasa de 110 por cien mil nacidos vivos. En los años siguientes el registro parece más cuidadoso y las tasas obtenidas han ido disminuyendo hasta 16 por cien mil en 1999 (6 muertes maternas). Estas cifras son del mismo orden de magnitud que las obtenidas de los certificados de defunción, cuyo último valor es de 11 por cien mil, de acuerdo a datos de la División de Estadísticas del MSP, que también incluyen 6 muertes maternas en 1999. La diferencia entre 16 por cien mil del SIP y 11 por cien mil

del MSP se debe al denominador que es 38548 nacidos vivos registrados con el SIP y 540590 registros del sistema de certificados de nacimiento del MSP.

8.4 Bajo Peso al Nacer

La Tabla 23 presenta la evolución del porcentaje de bajo peso al nacer (BPN) en los diferentes sectores. La tasa se mantiene desde hace 15 años entre 7.3% y 8.5% del total de nacimientos.

La frecuencia del BPN varía ampliamente de un sector de instituciones perinatales a otro. El interior del país tiene las tasas más bajas con un 6.7% en el sector público y 5.1% en el sector mutua. Las mutualistas de Montevideo superan en tasa de bajo peso a sus pares del Interior con 7.6% en 1999. Las clínicas universitarias atienden una población de riesgo mayor con tasas superiores al 13%. Los demás sectores se ubican entre estos dos extremos.

TABLA 23 - BAJO PESO AL NACER

	85-89	90-94	1995	1996	1997	1998	1999
	%	%	%	%	%	%	%
BPS	9.3	8.3	8.3	8.1	9.0	8.3	9.2
MIL-POL	7.0	8.5	8.6	9.2	8.3	10.3	9.1
ABC	12.1	11.6	10.2	11.1	11.8	11.9	13.3
MUT-MVD		6.1	6.2	6.4	6.3	7.5	7.6
INT-MUT		6.0	4.7	5.2	4.3	4.8	5.1
INT-MSP	7.2	7.0	5.9	6.0	6.4	6.0	6.7
Montevideo	10.8	8.7	8.2	8.7	9.0	9.5	10.2
Interior	7.2	6.5	5.3	5.6	5.3	5.4	5.9
Público	9.6	9.3	9.2	8.8	9.3	9.2	10.1
Privado		6.1	5.5	5.8	5.4	6.3	6.4
Uruguay	8.3	8.5	7.3	7.8	7.7	8.1	8.5

Porcentaje de recién nacidos de menos de 2500 gramos.

Nota: la tasa del sector público 1985-89 fue calculada sobre la base de la ponderación de casos por sector del año 1999: su valor difiere por lo tanto de la tasa de «Uruguay» calculada en su momento sobre el total de casos recibidos.

Se observa una tendencia creciente del BPN en los últimos 5 años en todos los sectores. En el sector privado el incremento de 1995 a 1999 fue del 16% (5.5% a 6.4%) mientras que en el sector público el incremento fue del 10% (9.2% a 10.1%). La cifra de Montevideo aumentó en el mismo período 24% (8.2% a 10.2%) mientras que en el Interior el aumento fue de 11% (5.3% a 5.9%). Las causas del aumento del BPN a escala nacional deberán ser estudiadas en detalle en otra sede. Se observa aquí sin embargo que la mayor parte del aumento del BPN se concentra en el sector privado y en Montevideo, probablemente como consecuencia de un esquema de derivación de embarazos de alto riesgo.

8.5 Patologías maternas

La distribución de las cinco patologías más frecuentes en las embarazadas de todo el país se mantiene relativamente estable en los últimos 7 años, a excepción de la rotura prematura de membranas y la amenaza de parto prematuro cuyas frecuencias se duplican en el contexto de la patología de 1993 a 1999.

La pre-eclampsia (3.5%) y la hipertensión previa (con menos de 1%) junto con la infección urinaria que oscila alrededor del 2% son las patologías con tendencia estable. El rubro «otras patologías» se duplica del 2.0% en 1993 al 5.4% en 1999 (Tabla 24).

TABLA 24 - PATOLOGÍAS MATERNAS PREVALENTES

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
	%	%	%	%	%	%	%
Rotura Prematura Membranas	3.9	4.3	5.2	6.2	6.9	7.6	8.3
Pre-eclampsia	3.1	2.9	2.9	3.3	3.2	3.4	3.5
Amenaza de P. Prematuro	2.4	2.9	2.8	3.3	3.7	3.6	4.2
Infección Urinaria	2.1	2.3	1.9	2.0	2.1	2.0	2.3
Hipertensión previa	1.3	1.6	1.6	1.7	1.5	1.8	1.8*
Ítem «Otras patologías»	2.0	2.6	2.3	2.8	3.8	4.9	5.4

Porcentaje de patologías diagnosticadas en todo el Uruguay.

*Valor estimado debido a registro incompleto

El análisis de las historias clínicas con VDRL positivo (variable SEROLOGIA LUETICA del SIP) durante el embarazo muestra una tendencia decreciente en número absoluto de embarazadas y en porcentaje: del 1.4% en 1993 se obtiene 0.8% en 1999 (Tabla 25).

TABLA 25 - EMBARAZADAS CON VDRL POSITIVO

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
	%	%	%	%	%	%	%
VDRL positivo	1.4	1.4	1.0	0.8	0.7	0.9	0.8

Resultado positivo de VDRL en todo el Uruguay.

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL SI1045 Ver 1.43 21 feb 01
 Datos Perinatales URUGUAY 1999

ESTADISTICAS BASICAS

página 1

┌ DEFINICION DE LA POBLACION

.. ROCESO\DEDIOS\SIP\SIHURU.DBF N = 38,548 1 ene 99 - 31 dic 99

┌ SELECCION POR OTRAS VARIABLES —(hasta 3 grupos de 5 condiciones)—┐

└ Registros seleccionados ... 38548

EMBARAZADAS	38158		PARTO		
Con alguna patologia..	11343	29.7%	Rotura membranas >24hs.	767	2.0%
Embarazo multiple....	398	1.0%	Inicio no espontaneo...	6519	17.3%
Hipertension previa..	69	0.2%	Parto prematuro <37sem.	3911	10.4%
Preeclampsia.....	1333	3.5%	Pequeño para edad gest.	3865	10.5%
Eclampsia.....	36	0.1%	Grande para edad gest..	2948	8.0%
Cardiopatía.....	44	0.1%	Terminacion: espontanea.	25674	68.9%
Diabetes.....	521	1.4%	forceps....	2087	5.6%
Infeccion urinaria...	874	2.3%	cesarea....	9199	24.7%
Retardo crecim.fetal.	709	1.9%	otras.....	268	0.7%
Otras infecciones....	436	1.1%	sin dato...	61	0.2%
Parasitosis.....	1386	3.6%	Contracepcion.al alta..	7877	20.6%
Amenaza parto premat.	1593	4.2%			
Desproporcion cef/pel	231	0.6%	RECIEN NACIDO	36913	
Hemorragia 1er.trim..	550	1.4%	Apgar:puntaje 4 - 6....	1428	3.9%
Hemorragia 2do.trim..	133	0.3%	0 - 3....	529	1.4%
Hemorragia 3er.trim..	357	0.9%	Prematuros.....	3802	10.3%
Anemia cronica.....	1425	3.7%	Con alguna patologia...	2162	5.9%
Rotura prem.membrana.	3159	8.3%	Membrana hialina.....	91	0.2%
Infeccion puerperal..	113	0.3%	Sindrome aspirativo...	53	0.1%
Hemorragia puerperal.	116	0.3%	Otros SDR.....	819	2.2%
Otras patologias.....	2075	5.4%	Apneas.....	117	0.3%
VDRL positivo.....	304	0.8%	Hemorragia.....	26	0.1%
CONTROL PRENATAL			Hiperbilirrubinemia...	306	0.8%
Sin vacun.antitetanica	6216	16.3%	Infeccion.....	318	0.9%
Con control prenatal..	34717	91.0%	Neurologica.....	79	0.2%
1er.antes de 20 sem..	21555	62.1%	Defectos congenitos...	442	1.2%
1er.entre 20-29 sem..	7024	20.2%	Otras hematologicas...	25	0.1%
1er.luego de 30 sem..	2497	7.2%	Metabolico-nutricional	153	0.4%
1er.control sin fecha	3641	10.5%	Otras patologias.....	347	0.9%
media de controles	6.6				
Sin control o sin dato	3441	9.0%			
con hospitalizacion..	656	19.1%	No pecho excl.al alta	879	2.3%

Notas: El grado de confiabilidad de estos indicadores depende del completo llenado de las historias clínicas.

Comentarios: _____

Firma: _____

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL SI1046 Ver 1.43 21 feb 01
 Datos Perinatales URUGUAY 1999

ESTADISTICAS BASICAS

página 2

DEFINICION DE LA POBLACION
 .. ROCESO\DEDIOS\SIP\SIHURU.DBF N = 38,548 1 ene 99 - 31 dic 99

SELECCION POR OTRAS VARIABLES —(hasta 3 grupos de 5 condiciones)—

Registros seleccionados ... 38548

Nacidos vivos de 500 gramos o más	36913	
bajo peso al nacer (BPN<2500 gramos) :	3149	(8.5%)
muy bajo peso al nacer (MBPN<1500 g.):	487	(1.3%)
extremo bajo peso (EBPN<1000 gramos) :	165	(0.4%)
de 1000 gramos o más	36748	
Nacidos muertos de 500 gramos o más	376	
Nacidos muertos de 1000 gramos o más	272	
Abortos (menos de 500 gramos o <20 sem)	567	
Terminaciones de embarazo sin dato de vida o peso o edad	478	

MORTALIDAD FETAL INTERMEDIA (20 a 27s) 104; 2.8 por mil
 TARDIA (28s o más) 272; 7.3 por mil

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (hasta 7 días, 500 g) 139; 3.8 por mil
 Contribución del BPN 73.4%; MBPN 58.3%; EBPN 38.8%
 TARDIA (de 7 a 28 días, 500 g) 31; 0.8 por mil
 Contribución del BPN 77.4%; MBPN 51.6%; EBPN 16.1%

MORTALIDAD DESPUES DE NACER 500g sin consid.momento: 230; 6.2 por mil
 Contribución del BPN 74.3%; MBPN 57.8%; EBPN 36.5%

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (hasta 7 días, 1000 g) 85; 2.3 por mil
 TARDIA (de 7 a 28días, 1000 g) 26; 0.7 por mil

MORTALIDAD PERINATAL II
 (fet.inter + fet.tardia + neonatal de 500 g o más) 546; 14.6 por mil

MORTALIDAD PERINATAL I
 (fetal tardia + neonatal precoz de 1000 g o más) 357; 9.6 por mil

MORTALIDAD MATERNA 6; 1.6 por diez mil

Notas: 20 y 28 semanas son equivalentes a 500 y 1000 g respectivamente
 La tasa de mortalidad materna se calcula si el denominador es mayor de 10000, las demás tasas solamente cuando supera 1000 casos.
 El grado de confiabilidad de las tasas y otros indicadores depende del completo llenado de las historias clínicas y del seguimiento con retroalimentación del banco de datos hasta los 42 días postparto para las madres y hasta 28 días de vida para los niños.

Comentarios: _____ Firma: _____

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL SI1045 Ver 1.43 12 dic 00
 Area de la Salud BPS - Montevideo - URUGUAY

ESTADISTICAS BASICAS

página 1

┌ DEFINICION DE LA POBLACION

.. OCESO\DEDIOS\SIP\SIH0985.DBF N = 3,725 1 ene 99 - 31 dic 99

┌ SELECCION POR OTRAS VARIABLES —(hasta 3 grupos de 5 condiciones)—

└ Registros seleccionados ... 3725

EMBARAZADAS			PARTO		
Con alguna patologia..	2692	73.1%	Rotura membranas >24hs.	63	1.8%
Embarazo multiple....	42	1.1%	Inicio no espontaneo...	605	16.9%
Hipertension previa..		%	Parto prematuro <37sem.	425	11.9%
Preeclampsia.....	347	9.4%	Pequeño para edad gest.	333	9.3%
Eclampsia.....	5	0.1%	Grande para edad gest..	307	8.6%
Cardiopatía.....	1	0.0%	Terminacion:espontanea.	2682	74.1%
Diabetes.....	75	2.0%	forceps....	94	2.6%
Infeccion urinaria...	96	2.6%	cesarea....	843	23.3%
Retardo crecim.fetal.	121	3.3%	otras.....		%
Otras infecciones....	83	2.3%	sin dato...		%
Parasitosis.....	1367	37.1%	Contracepcion.al alta..	2459	66.8%
Amenaza parto premat.	262	7.1%			
Desproporcion cef/pel	32	0.9%	RECIEN NACIDO	3583	
Hemorragia 1er.trim..	14	0.4%	Apgar:puntaje 4 - 6....	135	3.8%
Hemorragia 2do.trim..	10	0.3%	0 - 3....	54	1.5%
Hemorragia 3er.trim..	29	0.8%	Prematuros.....	421	11.7%
Anemia cronica.....	1093	29.7%	Con alguna patologia...	277	7.7%
Rotura prem.membrana.	410	11.1%	Membrana hialina.....	7	0.2%
Infeccion puerperal..	15	0.4%	Sindrome aspirativo...	7	0.2%
Hemorragia puerperal.	24	0.7%	Otros SDR.....	66	1.8%
Otras patologias.....	719	19.5%	Apneas.....	8	0.2%
VDRL positivo.....	16	0.4%	Hemorragia.....	1	0.0%
CONTROL PRENATAL			Hiperbilirrubinemia...	90	2.5%
Sin vacun.antitetanica	498	13.5%	Infeccion.....	29	0.8%
Con control prenatal..	3530	95.9%	Neurologica.....	20	0.6%
1er.antes de 20 sem..	1845	52.3%	Defectos congenitos...	107	3.0%
1er.entre 20-29 sem..	963	27.3%	Otras hematologicas...	6	0.2%
1er.luego de 30 sem..	404	11.4%	Metabolico-nutricional	15	0.4%
1er.control sin fecha	318	9.0%	Otras patologias.....	14	0.4%
media de controles	7.1				
Sin control o sin dato	151	4.1%			
con hospitalizacion..	81	53.6%	No pecho excl.al alta	52	1.4%

Notas: El grado de confiabilidad de estos indicadores depende del completo llenado de las historias clínicas.

Comentarios: _____

Firma: _____

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL SI1046 Ver 1.43 12 dic 00
 Area de la Salud BPS - Montevideo - URUGUAY

ESTADISTICAS BASICAS

página 2

DEFINICION DE LA POBLACION
 .. OCESO\DEDIOS\SIP\SIH0985.DBF N = 3,725 1 ene 99 - 31 dic 99

SELECCION POR OTRAS VARIABLES —(hasta 3 grupos de 5 condiciones)—

Registros seleccionados ... 3725

Nacidos vivos de 500 gramos o más	3583
bajo peso al nacer (BPN<2500 gramos) :	331 (9.2%)
muy bajo peso al nacer (MBPN<1500 g.):	61 (1.7%)
extremo bajo peso (EBPN<1000 gramos) :	14 (0.4%)
de 1000 gramos o más	3569
Nacidos muertos de 500 gramos o más	36
Nacidos muertos de 1000 gramos o más	24
Abortos (menos de 500 gramos o <20 sem)	104
Terminaciones de embarazo sin dato de vida o peso o edad	2

MORTALIDAD FETAL INTERMEDIA (20 a 27s) 12; 3.3 por mil
 TARDIA (28s o más) 24; 6.7 por mil

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (hasta 7 días, 500 g) 11; 3.1 por mil
 Contribución del BPN 81.8%; MBPN 54.5%; EBPN 27.3%
 TARDIA (de 7 a 28 días, 500 g) 4; 1.1 por mil
 Contribución del BPN 75.0%; MBPN 50.0%; EBPN 25.0%

MORTALIDAD DESPUES DE NACER 500g sin consid.momento: 35; 9.8 por mil
 Contribución del BPN 80.0%; MBPN 54.3%; EBPN 28.6%

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (hasta 7 días, 1000 g) 8; 2.2 por mil
 TARDIA (de 7 a 28días, 1000 g) 3; 0.8 por mil

MORTALIDAD PERINATAL II
 (fet.inter + fet.tardia + neonatal de 500 g o más) 51; 14.1 por mil

MORTALIDAD PERINATAL I
 (fetal tardia + neonatal precoz de 1000 g o más) 32; 8.9 por mil

MORTALIDAD MATERNA 1;

Notas: 20 y 28 semanas son equivalentes a 500 y 1000 g respectivamente
 La tasa de mortalidad materna se calcula si el denominador es mayor de 10000, las demás tasas solamente cuando supera 1000 casos.
 El grado de confiabilidad de las tasas y otros indicadores depende del completo llenado de las historias clínicas y del seguimiento con retroalimentación del banco de datos hasta los 42 días postparto para las madres y hasta 28 días de vida para los niños.

Comentarios: _____ Firma: _____

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL SI1045 Ver 1.43 13 feb 01
Hospitales de las FF.AA. y Policial - Uruguay 1999

ESTADISTICAS BASICAS

página 1

DEFINICION DE LA POBLACION

L:\PROCESO\DEDIOS\SIP\SIHPM.DBF N = 1,502 2 ene 99 - 31 dic 99

SELECCION POR OTRAS VARIABLES —(hasta 3 grupos de 5 condiciones)—

Registros seleccionados ... 1502

EMBARAZADAS			PARTO		
Con alguna patologia..	607	40.8%	Rotura membranas >24hs.	34	2.3%
Embarazo multiple....	17	1.1%	Inicio no espontaneo...	308	20.8%
Hipertension previa..	21	1.4%	Parto prematuro <37sem.	162	10.9%
Preeclampsia.....	84	5.6%	Pequeño para edad gest.	129	10.2%
Eclampsia.....	2	0.1%	Grande para edad gest..	92	7.3%
Cardiopatía.....	6	0.4%	Terminacion:espontanea.	834	65.7%
Diabetes.....	56	3.8%	forceps....	73	5.8%
Infeccion urinaria...	106	7.1%	cesarea....	325	25.6%
Retardo crecim.fetal.	72	4.8%	otras.....	37	2.9%
Otras infecciones....	28	1.9%	sin dato...		%
Parasitosis.....	3	0.2%	Contracepcion.al alta..	184	12.4%
Amenaza parto premat.	118	7.9%			
Desproporcion cef/pel	8	0.5%	RECIEN NACIDO	1259	
Hemorragia 1er.trim..	20	1.3%	Apgar:puntaje 4 - 6....	67	5.3%
Hemorragia 2do.trim..	9	0.6%	0 - 3....	24	1.9%
Hemorragia 3er.trim..	18	1.2%	Prematuros.....	154	12.2%
Anemia cronica.....	43	2.9%	Con alguna patologia...	164	13.0%
Rotura prem.membrana.	136	9.1%	Membrana hialina.....	7	0.6%
Infeccion puerperal..	1	0.1%	Sindrome aspirativo...	2	0.2%
Hemorragia puerperal.	1	0.1%	Otros SDR.....	75	6.0%
Otras patologias.....	96	6.4%	Apneas.....	2	0.2%
VDRL positivo.....	10	0.7%	Hemorragia.....	6	0.5%
CONTROL PRENATAL			Hiperbilirrubinemia...	9	0.7%
Sin vacun.antitetanica	253	17.0%	Infeccion.....	15	1.2%
Con control prenatal..	1253	84.2%	Neurologica.....	7	0.6%
1er.antes de 20 sem..	858	68.5%	Defectos congenitos...	25	2.0%
1er.entre 20-29 sem..	219	17.5%	Otras hematologicas...	2	0.2%
1er.luego de 30 sem..	59	4.7%	Metabolico-nutricional	8	0.6%
1er.control sin fecha	117	9.3%	Otras patologias.....	42	3.3%
media de controles	6.9				
Sin control o sin dato	236	15.8%			
con hospitalizacion..	11	4.7%	No pecho excl.al alta	37	2.5%

Notas: El grado de confiabilidad de estos indicadores depende del completo llenado de las historias clínicas.

Comentarios: _____

Firma: _____

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL SI1046 Ver 1.43 13 feb 01
 Hospitales de las FF.AA. y Policial - Uruguay 1999

ESTADISTICAS BASICAS

página 2

DEFINICION DE LA POBLACION
 L:\PROCESO\DEDIOS\SIP\SIHPM.DBF N = 1,502 2 ene 99 - 31 dic 99

SELECCION POR OTRAS VARIABLES —(hasta 3 grupos de 5 condiciones)—

Registros seleccionados ... 1502

Nacidos vivos de 500 gramos o más	1259
bajo peso al nacer (BPN<2500 gramos) :	115 (9.1%)
muy bajo peso al nacer (MBPN<1500 g.):	16 (1.3%)
extremo bajo peso (EBPN<1000 gramos) :	6 (0.5%)
de 1000 gramos o más	1253
Nacidos muertos de 500 gramos o más	10
Nacidos muertos de 1000 gramos o más	6
Abortos (menos de 500 gramos o <20 sem)	7
Terminaciones de embarazo sin dato de vida o peso o edad	206

MORTALIDAD FETAL INTERMEDIA (20 a 27s) 4; 3.2 por mil
 TARDIA (28s o más) 6; 4.8 por mil

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (hasta 7 días, 500 g) 4; 3.2 por mil
 Contribución del BPN 75.0%; MBPN 75.0%; EBPN 50.0%
 TARDIA (de 7 a 28 días, 500 g) 2; 1.6 por mil
 Contribución del BPN 50.0%; MBPN 50.0%; EBPN 50.0%

MORTALIDAD DESPUES DE NACER 500g sin consid.momento: 7; 5.6 por mil
 Contribución del BPN 57.1%; MBPN 57.1%; EBPN 42.9%

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (hasta 7 días, 1000 g) 2; 1.6 por mil
 TARDIA (de 7 a 28días, 1000 g) 1; 0.8 por mil

MORTALIDAD PERINATAL II
 (fet.inter + fet.tardia + neonatal de 500 g o más) 16; 12.6 por mil

MORTALIDAD PERINATAL I
 (fetal tardia + neonatal precoz de 1000 g o más) 8; 6.4 por mil

MORTALIDAD MATERNA ;

Notas: 20 y 28 semanas son equivalentes a 500 y 1000 g respectivamente
 La tasa de mortalidad materna se calcula si el denominador es mayor de 10000, las demás tasas solamente cuando supera 1000 casos.
 El grado de confiabilidad de las tasas y otros indicadores depende del completo llenado de las historias clínicas y del seguimiento con retroalimentación del banco de datos hasta los 42 días postparto para las madres y hasta 28 días de vida para los niños.

Comentarios: _____ Firma: _____

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL SI1045 Ver 1.43 6 feb 01
Clínicas Ginecotológicas A, B y C - Uruguay 1999

ESTADISTICAS BASICAS

página 1

┌ DEFINICION DE LA POBLACION _____

.. ROCESO\DEDIOS\SIP\SIHPER.DBF N = 9,111 1 ene 99 - 31 dic 99

┌ SELECCION POR OTRAS VARIABLES —(hasta 3 grupos de 5 condiciones)—┐

└ Registros seleccionados ... 9111 _____

EMBARAZADAS	9006			PARTO		
Con alguna patologia..	3125	34.7%		Rotura membranas >24hs.	299	3.3%
Embarazo multiple....	106	1.2%		Inicio no espontaneo...	1016	11.3%
Hipertension previa..			%	Parto prematuro <37sem.	1502	16.8%
Preeclampsia.....	253	2.8%		Pequeño para edad gest.	1128	12.7%
Eclampsia.....	12	0.1%		Grande para edad gest..	720	8.1%
Cardiopatía.....	17	0.2%		Terminacion: espontanea.	6581	72.8%
Diabetes.....	144	1.6%		forceps....	831	9.2%
Infeccion urinaria...	212	2.4%		cesarea....	1530	16.9%
Retardo crecim.fetal.	261	2.9%		otras.....	100	1.1%
Otras infecciones....	134	1.5%		sin dato...		%
Parasitosis.....	2	0.0%		Contracepcion.al alta..	3034	33.7%
Amenaza parto premat.	556	6.2%				
Desproporcion cef/pel	34	0.4%		RECIEN NACIDO	8902	
Hemorragia 1er.trim..	100	1.1%		Apgar:puntaje 4 - 6....	483	5.4%
Hemorragia 2do.trim..	39	0.4%		0 - 3....	197	2.2%
Hemorragia 3er.trim..	180	2.0%		Prematuros.....	1450	16.3%
Anemia cronica.....	97	1.1%		Con alguna patologia...	678	7.6%
Rotura prem.membrana.	1146	12.7%		Membrana hialina.....	25	0.3%
Infeccion puerperal..	57	0.6%		Sindrome aspirativo...	10	0.1%
Hemorragia puerperal.	43	0.5%		Otros SDR.....	322	3.6%
Otras patologias.....	573	6.4%		Apneas.....	10	0.1%
VDRL positivo.....	134	1.5%		Hemorragia.....	5	0.1%
CONTROL PRENATAL				Hiperbilirrubinemia...	41	0.5%
Sin vacun.antitetanica	1996	22.2%		Infeccion.....	164	1.8%
Con control prenatal..	7651	85.0%		Neurologica.....	13	0.1%
1er.antes de 20 sem..	4007	52.4%		Defectos congenitos...	139	1.6%
1er.entre 20-29 sem..	1860	24.3%		Otras hematologicas...	12	0.1%
1er.luego de 30 sem..	619	8.1%		Metabolico-nutricional	30	0.3%
1er.control sin fecha	1165	15.2%		Otras patologias.....	79	0.9%
media de controles	5.2					
Sin control o sin dato	1355	15.0%				
con hospitalizacion..	132	9.7%		No pecho excl.al alta	151	1.7%

Notas: El grado de confiabilidad de estos indicadores depende del completo llenado de las historias clínicas.

Comentarios: _____

Firma: _____

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL SI1046 Ver 1.43 6 feb 01
 Clínicas Ginecotocológicas A, B y C - Uruguay 1999

ESTADISTICAS BASICAS

página 2

DEFINICION DE LA POBLACION
 .. ROCESO\DEDIOS\SIP\SIHPER.DBF N = 9,111 1 ene 99 - 31 dic 99

SELECCION POR OTRAS VARIABLES —(hasta 3 grupos de 5 condiciones)—

Registros seleccionados ... 9111

Nacidos vivos de 500 gramos o más	8902	
bajo peso al nacer (BPN<2500 gramos) :	1180	(13.3%)
muy bajo peso al nacer (MBPN<1500 g.):	220	(2.5%)
extremo bajo peso (EBPN<1000 gramos) :	78	(0.9%)
de 1000 gramos o más	8824	
Nacidos muertos de 500 gramos o más	140	
Nacidos muertos de 1000 gramos o más	88	
Abortos (menos de 500 gramos o <20 sem)	48	
Terminaciones de embarazo sin dato de vida o peso o edad	3	

MORTALIDAD FETAL INTERMEDIA (20 a 27s) 52; 5.8 por mil
 TARDIA (28s o más) 88; 9.9 por mil

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (hasta 7 días, 500 g) 58; 6.5 por mil
 Contribución del BPN 74.1%; MBPN 60.3%; EBPN 46.6%
 TARDIA (de 7 a 28 días, 500 g) 21; 2.4 por mil
 Contribución del BPN 85.7%; MBPN 57.1%; EBPN 14.3%

MORTALIDAD DESPUES DE NACER 500g sin consid.momento: 90;10.1 por mil
 Contribución del BPN 80.0%; MBPN 63.3%; EBPN 41.1%

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (hasta 7 días, 1000 g) 31; 3.5 por mil
 TARDIA (de 7 a 28días, 1000 g) 18; 2.0 por mil

MORTALIDAD PERINATAL II
 (fet.inter + fet.tardia + neonatal de 500 g o más) 219; 24.2 por mil

MORTALIDAD PERINATAL I
 (fetal tardia + neonatal precoz de 1000 g o más) 119; 13.4 por mil

MORTALIDAD MATERNA ;

Notas: 20 y 28 semanas son equivalentes a 500 y 1000 g respectivamente
 La tasa de mortalidad materna se calcula si el denominador es mayor de 10000, las demás tasas solamente cuando supera 1000 casos.
 El grado de confiabilidad de las tasas y otros indicadores depende del completo llenado de las historias clínicas y del seguimiento con retroalimentación del banco de datos hasta los 42 días postparto para las madres y hasta 28 días de vida para los niños.

Comentarios: _____ Firma: _____

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL SI1045 Ver 1.43 15 feb 01
Mutualistas de Montevideo - Uruguay

ESTADISTICAS BASICAS

página 1

┌ DEFINICION DE LA POBLACION

.. ROCESO\DEDIOS\SIP\SIHMPR.DBF N = 9,240 1 ene 99 - 31 dic 99

┌ SELECCION POR OTRAS VARIABLES —(hasta 3 grupos de 5 condiciones)—┐

└ Registros seleccionados ... 9240

EMBARAZADAS	9135		PARTO		
Con alguna patologia..	2183	23.9%	Rotura membranas >24hs.	114	1.3%
Embarazo multiple....	107	1.2%	Inicio no espontaneo...	2305	26.0%
Hipertension previa..	12	0.1%	Parto prematuro <37sem.	709	8.0%
Preeclampsia.....	326	3.6%	Pequeño para edad gest.	869	9.9%
Eclampsia.....	6	0.1%	Grande para edad gest..	642	7.3%
Cardiopatía.....	12	0.1%	Terminacion:espontanea.	4606	52.4%
Diabetes.....	111	1.2%	forceps....	579	6.6%
Infeccion urinaria...	125	1.4%	cesarea....	3485	39.7%
Retardo crecim.fetal.	174	1.9%	otras.....	91	1.0%
Otras infecciones....	56	0.6%	sin dato...	24	0.3%
Parasitosis.....	4	0.0%	Contracepcion.al alta..	907	9.9%
Amenaza parto premat.	233	2.6%			
Desproporcion cef/pel	63	0.7%	RECIENTE NACIDO	8735	
Hemorragia 1er.trim..	215	2.4%	Apgar:puntaje 4 - 6....	358	4.1%
Hemorragia 2do.trim..	35	0.4%	0 - 3....	110	1.3%
Hemorragia 3er.trim..	68	0.7%	Prematuros.....	712	8.2%
Anemia cronica.....	37	0.4%	Con alguna patologia...	481	5.5%
Rotura prem.membrana.	687	7.5%	Membrana hialina.....	35	0.4%
Infeccion puerperal..	14	0.2%	Sindrome aspirativo...	8	0.1%
Hemorragia puerperal.	7	0.1%	Otros SDR.....	168	1.9%
Otras patologias.....	402	4.4%	Apneas.....	52	0.6%
VDRL positivo.....	22	0.2%	Hemorragia.....	12	0.1%
CONTROL PRENATAL			Hiperbilirrubinemia...	67	0.8%
Sin vacun.antitetanica	1368	15.0%	Infeccion.....	55	0.6%
Con control prenatal..	8283	90.7%	Neurologica.....	28	0.3%
1er.antes de 20 sem..	6527	78.8%	Defectos congenitos...	88	1.0%
1er.entre 20-29 sem..	758	9.2%	Otras hematologicas...	4	0.0%
1er.luego de 30 sem..	187	2.3%	Metabolico-nutricional	50	0.6%
1er.control sin fecha	811	9.8%	Otras patologias.....	116	1.3%
media de controles	7.7				
Sin control o sin dato	852	9.3%			
con hospitalizacion..	130	15.3%	No pecho excl.al alta	450	4.9%

Notas: El grado de confiabilidad de estos indicadores depende del completo llenado de las historias clínicas.

Comentarios: _____

Firma: _____

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL SI1046 Ver 1.43 15 feb 01
Mutualistas de Montevideo - Uruguay

ESTADISTICAS BASICAS

página 2

DEFINICION DE LA POBLACION
.. ROCESO\DEDIOS\SIP\SIHMPR.DBF N = 9,240 1 ene 99 - 31 dic 99

SELECCION POR OTRAS VARIABLES —(hasta 3 grupos de 5 condiciones)—

Registros seleccionados ... 9240

Nacidos vivos de 500 gramos o más	8735
bajo peso al nacer (BPN<2500 gramos) :	667 (7.6%)
muy bajo peso al nacer (MBPN<1500 g.):	109 (1.2%)
extremo bajo peso (EBPN<1000 gramos) :	36 (0.4%)
de 1000 gramos o más	8699
Nacidos muertos de 500 gramos o más	50
Nacidos muertos de 1000 gramos o más	36
Abortos (menos de 500 gramos o <20 sem)	284
Terminaciones de embarazo sin dato de vida o peso o edad	42

MORTALIDAD FETAL INTERMEDIA (20 a 27s) 14; 1.6 por mil
TARDIA (28s o más) 36; 4.1 por mil

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (hasta 7 días, 500 g) 26; 3.0 por mil
Contribución del BPN 80.8%; MBPN 73.1%; EBPN 50.0%
TARDIA (de 7 a 28 días, 500 g) 4; 0.5 por mil
Contribución del BPN 50.0%; MBPN 25.0%; EBPN %

MORTALIDAD DESPUES DE NACER 500g sin consid.momento: 44; 5.0 por mil
Contribución del BPN 77.3%; MBPN 63.6%; EBPN 43.2%

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (hasta 7 días, 1000 g) 13; 1.5 por mil
TARDIA (de 7 a 28días, 1000 g) 4; 0.5 por mil

MORTALIDAD PERINATAL II
(fet.inter + fet.tardia + neonatal de 500 g o más) 80; 9.1 por mil

MORTALIDAD PERINATAL I
(fetal tardia + neonatal precoz de 1000 g o más) 49; 5.6 por mil

MORTALIDAD MATERNA 3;

Notas: 20 y 28 semanas son equivalentes a 500 y 1000 g respectivamente
La tasa de mortalidad materna se calcula si el denominador es mayor de 10000, las demás tasas solamente cuando supera 1000 casos.
El grado de confiabilidad de las tasas y otros indicadores depende del completo llenado de las historias clínicas y del seguimiento con retroalimentación del banco de datos hasta los 42 días postparto para las madres y hasta 28 días de vida para los niños.

Comentarios: _____ Firma: _____

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL SI1045 Ver 1.43 20 feb 01
Instituciones de Asistencia Privada del Interior - URUGUAY 1999

ESTADISTICAS BASICAS

página 1

┌ DEFINICION DE LA POBLACION _____

.. ROCESO\DEDIOS\SIP\SIHIPR.DBF N = 7,022 1 ene 99 - 31 dic 99

┌ SELECCION POR OTRAS VARIABLES —(hasta 3 grupos de 5 condiciones)—┐

└ Registros seleccionados ... 7022 _____

EMBARAZADAS	6956		PARTO		
Con alguna patologia..	1328	19.1%	Rotura membranas >24hs.	86	1.2%
Embarazo multiple....	68	1.0%	Inicio no espontaneo...	1341	19.5%
Hipertension previa..	12	0.2%	Parto prematuro <37sem.	409	5.9%
Preeclampsia.....	165	2.4%	Pequeño para edad gest.	609	9.1%
Eclampsia.....	2	0.0%	Grande para edad gest..	604	9.0%
Cardiopatía.....	2	0.0%	Terminacion:espontanea.	4591	67.9%
Diabetes.....	84	1.2%	forceps....	303	4.5%
Infeccion urinaria...	144	2.1%	cesarea....	1835	27.1%
Retardo crecim.fetal.	43	0.6%	otras.....	13	0.2%
Otras infecciones....	35	0.5%	sin dato...	17	0.3%
Parasitosis.....	5	0.1%	Contracepcion.al alta..	533	7.7%
Amenaza parto premat.	223	3.2%			
Desproporcion cef/pel	43	0.6%	RECIEN NACIDO	6710	
Hemorragia 1er.trim..	107	1.5%	Apgar:puntaje 4 - 6....	204	3.0%
Hemorragia 2do.trim..	15	0.2%	0 - 3....	50	0.7%
Hemorragia 3er.trim..	25	0.4%	Prematuros.....	392	5.8%
Anemia cronica.....	60	0.9%	Con alguna patologia...	222	3.3%
Rotura prem.membrana.	417	6.0%	Membrana hialina.....	6	0.1%
Infeccion puerperal..	9	0.1%	Sindrome aspirativo...	11	0.2%
Hemorragia puerperal.	17	0.2%	Otros SDR.....	81	1.2%
Otras patologias.....	144	2.1%	Apneas.....	26	0.4%
VDRL positivo.....	35	0.5%	Hemorragia.....	2	0.0%
CONTROL PRENATAL			Hiperbilirrubinemia...	19	0.3%
Sin vacun.antitetanica	606	8.7%	Infeccion.....	24	0.4%
Con control prenatal..	6824	98.1%	Neurologica.....	7	0.1%
1er.antes de 20 sem..	4599	67.4%	Defectos congenitos...	40	0.6%
1er.entre 20-29 sem..	1275	18.7%	Otras hematologicas...		%
1er.luego de 30 sem..	489	7.2%	Metabolico-nutricional	28	0.4%
1er.control sin fecha	461	6.8%	Otras patologias.....	45	0.7%
media de controles	7.2				
Sin control o sin dato	132	1.9%			
con hospitalizacion..	28	21.2%	No pecho excl.al alta	99	1.4%

Notas: El grado de confiabilidad de estos indicadores depende del completo llenado de las historias clínicas.

Comentarios: _____

Firma: _____

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL SI1046 Ver 1.43 20 feb 01
 Instituciones de Asistencia Privada del Interior - URUGUAY 1999

ESTADISTICAS BASICAS

página 2

DEFINICION DE LA POBLACION
 .. ROCESO\DEDIOS\SIP\SIHIPR.DBF N = 7,022 1 ene 99 - 31 dic 99

SELECCION POR OTRAS VARIABLES —(hasta 3 grupos de 5 condiciones)—

Registros seleccionados ... 7022

Nacidos vivos de 500 gramos o más	6710
bajo peso al nacer (BPN<2500 gramos) :	340 (5.1%)
muy bajo peso al nacer (MBPN<1500 g.):	32 (0.5%)
extremo bajo peso (EBPN<1000 gramos) :	10 (0.1%)
de 1000 gramos o más	6700
Nacidos muertos de 500 gramos o más	49
Nacidos muertos de 1000 gramos o más	41
Abortos (menos de 500 gramos o <20 sem)	68
Terminaciones de embarazo sin dato de vida o peso o edad	184

MORTALIDAD FETAL INTERMEDIA (20 a 27s) 8; 1.2 por mil
 TARDIA (28s o más) 41; 6.1 por mil

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (hasta 7 días, 500 g) 19; 2.8 por mil
 Contribución del BPN 68.4%; MBPN 42.1%; EBPN 21.1%
 TARDIA (de 7 a 28 días, 500 g) ; por mil
 Contribución del BPN %; MBPN %; EBPN %

MORTALIDAD DESPUES DE NACER 500g sin consid.momento: 22; 3.3 por mil
 Contribución del BPN 63.6%; MBPN 40.9%; EBPN 22.7%

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (hasta 7 días, 1000 g) 15; 2.2 por mil
 TARDIA (de 7 a 28días, 1000 g) ; por mil

MORTALIDAD PERINATAL II
 (fet.inter + fet.tardia + neonatal de 500 g o más) 68; 10.1 por mil

MORTALIDAD PERINATAL I
 (fetal tardia + neonatal precoz de 1000 g o más) 56; 8.3 por mil

MORTALIDAD MATERNA ;

Notas: 20 y 28 semanas son equivalentes a 500 y 1000 g respectivamente
 La tasa de mortalidad materna se calcula si el denominador es mayor de 10000, las demás tasas solamente cuando supera 1000 casos.
 El grado de confiabilidad de las tasas y otros indicadores depende del completo llenado de las historias clínicas y del seguimiento con retroalimentación del banco de datos hasta los 42 días postparto para las madres y hasta 28 días de vida para los niños.

Comentarios: _____ Firma: _____

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL SI1045 Ver 1.43 20 feb 01
Instituciones de Aistencia Pública del Interior - URUGUAY 1999

ESTADISTICAS BASICAS

página 1

┌ DEFINICION DE LA POBLACION

.. ROCESO\DEDIOS\SIP\SIHIPU.DBF N = 7,948 1 ene 99 - 31 dic 99

┌ SELECCION POR OTRAS VARIABLES —(hasta 3 grupos de 5 condiciones)—

└ Registros seleccionados ... 7948

EMBARAZADAS			PARTO		
Con alguna patologia..	1408	17.8%	Rotura membranas >24hs.	138	1.8%
Embarazo multiple....	58	0.7%	Inicio no espontaneo...	944	12.0%
Hipertension previa..	24	0.3%	Parto prematuro <37sem.	704	9.0%
Preeclampsia.....	158	2.0%	Pequeño para edad gest.	797	10.3%
Eclampsia.....	9	0.1%	Grande para edad gest..	583	7.5%
Cardiopatía.....	6	0.1%	Terminacion:espontanea.	6380	81.6%
Diabetes.....	51	0.6%	forceps....	207	2.6%
Infeccion urinaria...	191	2.4%	cesarea....	1181	15.1%
Retardo crecim.fetal.	38	0.5%	otras.....	27	0.3%
Otras infecciones....	100	1.3%	sin dato...	20	0.3%
Parasitosis.....	5	0.1%	Contracepcion.al alta..	760	9.6%
Amenaza parto premat.	201	2.5%			
Desproporcion cef/pel	51	0.6%	RECIEN NACIDO	7724	
Hemorragia 1er.trim..	94	1.2%	Apgar:puntaje 4 - 6....	181	2.3%
Hemorragia 2do.trim..	25	0.3%	0 - 3....	94	1.2%
Hemorragia 3er.trim..	37	0.5%	Prematuros.....	673	8.7%
Anemia cronica.....	95	1.2%	Con alguna patologia...	340	4.4%
Rotura prem.membrana.	363	4.6%	Membrana hialina.....	11	0.1%
Infeccion puerperal..	17	0.2%	Sindrome aspirativo...	15	0.2%
Hemorragia puerperal.	24	0.3%	Otros SDR.....	107	1.4%
Otras patologias.....	141	1.8%	Apneas.....	19	0.2%
VDRL positivo.....	87	1.1%	Hemorragia.....		%
CONTROL PRENATAL			Hiperbilirrubinemia...	80	1.0%
Sin vacun.antitetanica	1495	18.9%	Infeccion.....	31	0.4%
Con control prenatal..	7176	90.9%	Neurologica.....	4	0.1%
1er.antes de 20 sem..	3719	51.8%	Defectos congenitos...	43	0.6%
1er.entre 20-29 sem..	1949	27.2%	Otras hematologicas...	1	0.0%
1er.luego de 30 sem..	739	10.3%	Metabolico-nutricional	22	0.3%
1er.control sin fecha	769	10.7%	Otras patologias.....	51	0.7%
media de controles	5.9				
Sin control o sin dato	715	9.1%			
con hospitalizacion..	274	38.3%	No pecho excl.al alta	90	1.1%

Notas: El grado de confiabilidad de estos indicadores depende del completo llenado de las historias clínicas.

Comentarios: _____

Firma: _____

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL SI1046 Ver 1.43 20 feb 01
 Instituciones de Aistencia Pública del Interior - URUGUAY 1999

ESTADISTICAS BASICAS

página 2

DEFINICION DE LA POBLACION
 .. ROCESO\DEDIOS\SIP\SIHIPU.DBF N = 7,948 1 ene 99 - 31 dic 99

SELECCION POR OTRAS VARIABLES —(hasta 3 grupos de 5 condiciones)—

Registros seleccionados ... 7948

Nacidos vivos de 500 gramos o más	7724
bajo peso al nacer (BPN<2500 gramos) :	516 (6.7%)
muy bajo peso al nacer (MBPN<1500 g.):	49 (0.6%)
extremo bajo peso (EBPN<1000 gramos) :	21 (0.3%)
de 1000 gramos o más	7703
Nacidos muertos de 500 gramos o más	91
Nacidos muertos de 1000 gramos o más	77
Abortos (menos de 500 gramos o <20 sem)	56
Terminaciones de embarazo sin dato de vida o peso o edad	41

MORTALIDAD FETAL INTERMEDIA (20 a 27s) 14; 1.8 por mil
 TARDIA (28s o más) 77; 9.9 por mil

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (hasta 7 días, 500 g) 21; 2.7 por mil
 Contribución del BPN 61.9%; MBPN 47.6%; EBPN 23.8%
 TARDIA (de 7 a 28 días, 500 g) ; por mil
 Contribución del BPN %; MBPN %; EBPN %

MORTALIDAD DESPUES DE NACER 500g sin consid.momento: 32; 4.1 por mil
 Contribución del BPN 59.4%; MBPN 50.0%; EBPN 31.3%

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (hasta 7 días, 1000 g) 16; 2.1 por mil
 TARDIA (de 7 a 28días, 1000 g) ; por mil

MORTALIDAD PERINATAL II
 (fet.inter + fet.tardia + neonatal de 500 g o más) 112; 14.3 por mil

MORTALIDAD PERINATAL I
 (fetal tardia + neonatal precoz de 1000 g o más) 93; 12.0 por mil

MORTALIDAD MATERNA 2;

Notas: 20 y 28 semanas son equivalentes a 500 y 1000 g respectivamente
 La tasa de mortalidad materna se calcula si el denominador es mayor de 10000, las demás tasas solamente cuando supera 1000 casos.
 El grado de confiabilidad de las tasas y otros indicadores depende del completo llenado de las historias clínicas y del seguimiento con retroalimentación del banco de datos hasta los 42 días postparto para las madres y hasta 28 días de vida para los niños.

Comentarios: _____ Firma: _____

9. CODIFICACION DE LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA PERINATAL

9.1 Generalidades

La historia clínica perinatal es identificada dentro de cada institución por su número de HISTORIA MATERNA; es necesario identificar además a las historias por dos variables adicionales que ubiquen cada caso en el territorio nacional y entre las instituciones. En la variable ESTABLEC. (establecimiento) se registra el lugar donde se realizó el parto y en la variable ORIGEN se registra el lugar donde se controló el embarazo.

Los códigos de ESTABLEC. y de ORIGEN se componen de una parte que se refiere al Departamento y otra que identifica a la institución. En los siguientes párrafos se detallan los códigos de las instituciones perinatales del Uruguay.

La variable ESTABL.TRASLADO puede ser usada para registrar el seguro que cubre el embarazo, parto y puerperio. Su nombre ha sido modificado y es ahora EST.TRASL/SEGURO. El BPS registra sus pacientes con el 20001.

9.2 Las dos primeras cifras

La parte que define el departamento es la siguiente:

01 Artigas	06 Flores	11 Paysandú	16 San José
02 Canelones	07 Florida	12 Río Negro	17 Soriano
03 Cerro Largo	08 Lavalleja	13 Rivera	18 Tacuarembó
04 Colonia	09 Maldonado	14 Rocha	19 T. y Tres
05 Durazno	10 Montevideo	15 Salto	

Por ejemplo, el número de ESTABLECIMIENTO del Hospital de Rocha es el 14001, compuesto de 14 para Rocha y 001 para el Centro Departamental. En ORIGEN se consigna 14005 si la paciente fue controlada en la Policlínica de Cebollatí: 14 por Rocha y 005 por Cebollatí.

En caso de control del embarazo hecho fuera de fronteras, la variable ORIGEN debe ser llenada con códigos que permitirán evaluar el movimiento de embarazadas en las zonas limítrofes. Los códigos de ORIGEN en caso de control fuera del país son:

25 Provincia de Corrientes	40 Paraguay
26 Provincia de Entre Ríos	45 Chile
27 Provincia de Buenos Aires	50 Otros países de A.L.
28 Buenos Aires, Capital Federal	55 EEUU y Canadá
29 Otras Provincias de Argentina	60 Europa
38 Estado de Rio Grande do Sul	70 Africa
39 Otros Estados de Brasil	80 Asia
	90 Oceanía

Por ejemplo un caso de embarazo controlado en Buenos Aires Capital con parto en el Centro Auxiliar de Carmelo tiene ORIGEN=28 y ESTABLECIMIENTO=04002. Otro ejemplo es un parto realizado en el Hospital de Minas cuyo embarazo fue controlado en Curitiba: ORIGEN=39 y ESTABLECIMIENTO=08001. Notar que un embarazo controlado en el Uruguay que termina en un parto en el exterior no es ingresado al SIP en el Uruguay.

9.3 Las tres cifras siguientes

Los partos realizados en el domicilio son codificados con 000 a continuación del código del departamento en la variable ESTABLECIMIENTO. Para el control de embarazo NO INSTITUCIONAL se pone:

995 control por partera	997 control por médico de familia
996 control por médico general	998 control por médico ginecólogo

Por ejemplo, un embarazo controlado en la casa de una partera del departamento de Flores con parto en domicilio en Cardal (departamento de Florida) tiene por variable ORIGEN 06995 (06 por Flores y 995 por control por partera) y por variable ESTABLECIMIENTO 07000 (07 por Florida y 000 por parto domiciliario). Notar que estos códigos no distinguen la ubicación del control de embarazo ni el lugar del parto dentro del departamento especificado.

En todo el país Sanidad Policial tiene el número 665 y Sanidad Militar el número 775, que completan el número del departamento.

La numeración de las instituciones en los departamentos es la del Ministerio de Salud Pública, que puede cotejar la información de los certificados con los datos clínicos del SIP.

9.3.1 Artigas

01001 Centro Departamental
 01002 Centro Auxiliar Bella Unión
 01003 Puesto Tomás Gomensoro
 01004 Policlínica Baltasar Brum
 01005 Centro de Salud Artigas
 01006 Policlínica Pueblo Sequeira
 01007 Policlínica Bernabé Rivera (Yacaré)
 01013 GREMEDA
 01014 GREMEDA Bella Unión
 01015 CASMU Bella Unión
 01016 Policlínica Tres Fronteras
 01017 Centro de Salud Bella Unión
 01018 Policlínica Las Piedras

02005 Centro Auxiliar de Tala
 02006 Centro Auxiliar Las Piedras
 02007 Centro Auxiliar Francisco Soca
 02008 Policlínica Santa Rosa
 02009 Policlínica Migues
 02010 Clínica CAMI Interbalnearia
 02011 COMECA Sanatorio Canelones
 02014 COMECA Sanatorio Sta. Lucía
 02016 San. CADE Pando CAMEPA 2
 02019 IAMQS Sauce
 02020 COMECA Policlínica Santa Lucía
 02021 CAMEPA Pando
 02022 CRAMI Las Piedras
 02023 CRAMI Sauce
 02024 CRAMI San Ramón
 02025 Policlínica San Bautista
 02026 COMECA San Ramón
 02027 COMECA Los Cerrillos
 02028 COMECA Joanicó
 02029 COMECA Cuatropiedras Progreso
 02030 COMECA Tala
 02031 COMECA Santa Rosa

9.3.2 Canelones

02001 Centro Departamental
 02002 Centro Auxiliar de Pando
 02003 Centro Auxiliar San Ramón
 02004 Centro Auxiliar Santa Lucía

02032 COMECA San Antonio
 02033 COMECA San Bautista
 02034 DAFA Centro de Pando
 02039 Policlínica Atlántida
 02040 Policlínica La Paz
 02041 Policlínica Progreso
 02042 Policlínica Monterrey (10144)
 02043 Policlínica San Jacinto
 02044 Policlínica Solymar
 02045 Policlínica Esperanza y Artigas
 02046 Policlínica Montes
 02047 Policlínica San Antonio
 02048 Policlínica Sauce
 02049 Policlínica Tapia
 02050 Policlínica Parque d. Plata
 02051 Policlínica Suárez
 02052 Policlínica Los Cerrillos
 02053 Policlínica Bolívar
 02054 Policlínica Floresta
 02055 Policlínica Cuchilla Alta
 02056 Policlínica San Luis
 02057 Policlínica Empalme Olmos
 02058 Policlínica Salinas
 02059 Policlínica Villa Felicidad
 02060 Policlínica Juan Antonio Artigas
 02061 Policlínica Colonia Nicolich
 02062 Policlínica El Pinar
 02063 Policlínica Villa Linda
 02064 Policlínica Toledo
 02065 Policlínica San Marcos
 02066 Policlínica Obelisco
 02067 CEMECO Pando
 02068 CEMECO Barros Blancos
 02069 CEMECO Empalme Olmos
 02070 CEMECO Lagomar
 02071 CEMECO Paso Carrasco
 02072 Círculo Católico La Paz
 02073 Círculo Católico Sta. Lucía
 02074 Círculo Católico San Ramón
 02075 Círculo Católico Santa Rosa
 02076 Círculo Católico Tala
 02077 Círculo Católico S.Bautista
 02080 Círculo Católico Canelones
 02081 Círculo Católico Las Piedras
 02082 CAAMEPA Pando
 02083 Asociación Española Canelones
 02084 Asociación Española Las Piedras
 02085 Asociación Española Lagomar
 02086 Asociación Española Salinas
 02087 Casa de Galicia Las Piedras
 02088 C.O.A. Las Piedras

02089
 02090 Policlínica Ciudad de la Costa
 02091 CASMU Las Piedras
 02092 CASMU Salinas
 02093 CASMU Solymar
 02094 CASMU Pando
 02095 CASMU Canelones
 02096 CASMU Migués

9.3.3 Cerro Largo

03001 Centro Departamental
 03002 Centro Auxiliar Río Branco
 03003 Sala primeros auxilios San Miguel
 03004 Centro de Salud Melo
 03005 Policlínica Pueblo Nobilia
 03006 Policlínica Aceguá
 03007 Policlínica Fraile Muerto
 03008 Policlínica Tupambaé
 03009 Policlínica Placido Rosas
 03010 CAMCEL Sanatorio Melo
 03011 Casa Maternidad V. Arredondo
 03012 COMECEL
 03013 Médica Uruguaya Cerro Largo
 03014 SAM
 03015 CAMCEL Fraile Muerto
 03016 Policlínica Ramón Trigo
 03017 Policlínica Cuchilla Grande
 03018 Policlínica Cerro de las Cuestas
 03019 Policlínica Quebracho
 03020 Policlínica Cañas
 03021 Policlínica Poblado Uruguay
 03022 Policlínica Bañado Medina
 03023 Policlínica Tres Islas
 03024 Policlínica San Diego
 03025 Policlínica Centurión
 03026 Policlínica Micaela
 03027 Policlínica Arbolito
 03028 Policlínica Barrio Ruiz
 03029 Policlínica B. Feder
 03030 Policlínica Hipódromo
 03031 Policlínica Barrio Sonoren
 03032 Centro de Promoción Social
 03033 Policlínica Zona Norte
 03034 Policlínica Mamburlo
 03035 Policlínica Arévalo
 03036 Policlínica Paso Pereira
 03037 Policlínica Cuchilla del Carmen
 03038 Policlínica Barrio Prieto
 03039 Policlínica Cerro de Peñarol
 03040 Policlínica Club Municipal

03041 Policlínica Capilla S. José
 03042 CAMCEL Río Branco
 03043 COMECEL Río Branco
 03044 Policlínica Tres Barrios
 03045 Policlínica MEVIR
 03050 Policlínica Zona Sur
 03055 Policlínica Molles
 03056 CAMCEL Santa Clara
 03057 Casa de la Mujer Melo
 03058 CAMCEL Tupambaé
 03059 CASMU Melo

9.3.4 Colonia

04001 Centro Departamental
 04002 Centro Auxiliar de Carmelo
 04003 Centro Auxiliar Nueva Helvecia
 04004 Centro Auxiliar Nueva Palmira
 04005 Centro Auxiliar de Rosario
 04006 Centro Auxiliar de Juan Lacaze
 04007 Policlínica Ombúes de Lavalle
 04008 Policlínica Tarariras
 04009 Policlínica Conchillas
 04010 Centro Obst. Colonia ORAMECO
 04011 Mutualista Ev. del Uruguay
 04013 Mutualista Obrera J. Lacaze
 04014 CAAMEC AMEC, Rosario
 04016 CAMOC, Carmelo
 04017 CAISA, Colonia
 04018 Círculo Católico Colonia
 04019 IMPASA Colonia
 04021 Policlínica Colonia Valdense
 04022 Policlínica Cufre
 04023 Policlínica Colonia Miguelete
 04024 Policlínica La Paz
 04025 Policlínica Riachuelo
 04026 Policlínica Estanzuela
 04027 Policlínica Barker

9.3.5 Durazno

05001 Centro Departamental
 05002 Centro Auxiliar Sarandí del Yi
 05003 Centro Auxiliar Cerro Chato
 05004 Policlínica Molles-Carlos Reyles
 05005 Policlínica La Paloma
 05006 Policlínica San Jorge
 05007 Policlínica Baigorria
 05009 Policlínica Villa Carmen
 05010 CAMEDUR Maternidad
 05011 CAMEDUR Policlínicas

05014 CAMEDUR Policlínica Sarandí del Yi
 05015 CAMEDUR Policlínica Villa Carmen
 05020 Centro de Salud de Durazno
 05021 Policlínica El Carmen
 05022 Policlínica Blanquillo
 05023 Policlínica Colonia Rossell y Rius
 05024 Policlínica Pueblo Centenario
 05025 Policlínica Puerto de los Barriles
 05026 Policlínica Amarilla
 05027 Policlínica Isla de Viera
 05028 Policlínica Sarandí del Yi

9.3.6 Flores

06001 Centro Departamental
 06002 Policlínica Ismael Cortinas
 06003 Policlínica Andresito
 06010 Asoc. Médicos de Flores

9.3.7 Florida

07001 Centro Departamental
 07002 Centro Auxiliar Sarandí Grande
 07003 Policlínica Casupá
 07004 Policlínica Cerro Colorado
 07005 Policlínica Fray Marcos
 07006 Policlínica Cardal
 07007 Policlínica 25 de agosto
 07008 Policlínica Prado Español
 07009 Policlínica Florida Blanca
 07010 COMEF Sanatorio Piedra Alta
 07011 COMEF La Cruz
 07012 COMEF Sarandí Grande
 07013 COMEF Cerro Colorado
 07014 COMEF Fray Marcos
 07015 COMEF Casupá
 07016 COMEF Nico Pérez
 07017 COMEF 25 de Mayo
 07018 COMEF Cardal
 07019 COMEF 25 de Agosto
 07020 Policlínica San Fernando
 07021 Policlínica Santarcieri
 07022 Policlínica Capilla del Sauce
 07023 Policlínica Isla Mala
 07024 Policlínica La Cruz
 07025 Policlínica Goñi
 07026 Policlínica Puntas de Maciel
 07027 Policlínica Polanco del Yi
 07028 Policlínica Pintado
 07029 Policlínica Reboledo
 07030 Policlínica Chamiso

07031 Policlínica Independencia
 07033 COMEF Mendoza
 07034 COMEF Capilla del Sauce
 07035 C. Católico Sarandí Grande
 07040 Policlínica Intendencia Municipal

9.3.8 Lavalleja

08001 Centro Departamental
 08002 Centro Auxiliar Pirarajá
 08003 Centro Auxiliar Battle y Ordoñez
 08005 Centro Prev.Asist. Mat. Solís
 08006 Policlínica Zapicán
 08007 Policlínica Mariscal
 08008 Policlínica Colón
 08009 Policlínica Solís de Mataojo
 08010 CAMDEL Lavalleja

9.3.9 Maldonado

09001 Centro Departamental
 09002 Centro Auxiliar S. Carlos Alvariza
 09003 Centro Auxiliar Pan de Azúcar
 09004 Centro Auxiliar de Aiguá
 09005 Policlínica Piriápolis
 09006 Policlínica Gregorio Aznárez
 09007 Policlínica Punta del Este
 09008 Policlínica Garzón
 09009 Policlínica Maldonado Nuevo
 09011 San. S. Carlos Asist.Médica
 09013 San. Cantegril P.d.Este AMDM
 09014 Sanatorio Dr. José Mautone
 09015 Sanatorio Aiguá
 09016 CASMU Maldonado
 09021 Policlínica Barrio Asturias, S. Carlos
 09022 Policlínica Rodríguez Barrios, S. Carlos
 09023 Policlínica Plan Vigía Granja Cuñetti
 09024 Policlínica Leonel
 09025 Policlínica Sarubbi
 09026 Policlínica Villa Delia

9.3.10 Montevideo

10004 Centro de Salud Pedro Visca
 10006 Hospital Saint Bois
 10007 Hospital Militar
 10008 Hospital Pereira Rossell
 10009 Hospital de Clínicas
 10011 DAFA Policlínica de Alto Riesgo
 10012 BPS (Sanatorio Asignaciones Familiares)
 10013 Mutualista Israelita (MIDU)

10014 CUDAM
 10016 Hospital Italiano
 10017 Hospital Británico
 10035 Sanatorio Americano
 10036 IMPASA
 10038 Médica Uruguaya
 10039 Círculo Católico de Obreros
 10041 Sanatorio Uruguay España
 10042 Asociación Española
 10044 CASMU No. 3
 10048 Sanatorio Español
 10050 Sanatorio España Mutualista
 10051 Sanatorio Casa de Galicia
 10052 Sanatorio Evangélico
 10055 Hospital Policial
 10063 Central Médica Gremial
 10064 C.I.M.A.
 10066 COMAEC (ex Empleados Civiles)
 10069 CEMECO
 10071 Sociedad Universal
 10079 OCA Larghero
 10080 COMI Minas Montevideo
 10092 Mutualista Pasteur
 10093 Ctro. Asistencial Quirúrgico
 10094 Serv. Médico Integral SMI
 10096 DAFA Centro 1, Cerro
 10097 DAFA Centro 2, Colón
 10098 DAFA 3 Rivera y Pablo de María
 10099 DAFA 5 Agraciada y E. Ciganda
 10100 DAFA 6 8 de Oct. y Jaime Cibils
 10101 Policlínica INAME
 10121 CENTRO de S. La Cruz de Carrasco
 10122 Centro de Salud Santa Rita
 10123 Centro de Salud A. Giordano
 10124 Centro de Salud J. del Hipódromo
 10125 Centro de Salud Unión
 10126 Centro de Salud Cerro
 10127 CENTRO de Salud Piedras Blancas
 10128 Centro de Salud Maciel
 10129 Policlínica Santiago Vázquez
 10131 Policlínica INVE 18
 10132 Policlínica Villa Teresa
 10133 Policlínica UDAI 2
 10134 Policlínica Carrasco
 10135 Policlínica Artigas
 10136 Centro de Salud Sayago
 10137 Policlínica Pajas Blancas
 10138 Policlínica Santa Catalina
 10139 Policlínica Villa Española
 10141 Policlínica Mesa 1
 10142 Policlínica Euskalerría 71

10144 Policlínica Monterrey 02042
 10150 Gremial Med. Centro Asist.
 10151 Asoc. Española Policlínica zonal 1
 10152 Asoc. Española Policlínica zonal 2
 10153 Asoc. Española Policlínica zonal 3
 10154 Asoc. Española Policlínica zonal 4
 10155 Asoc. Esp.Policlínica P. de la Arena
 10156 Asoc. Esp.Policlínica Paso Carrasco
 10160 Policlínica MTOP
 10161 Policlínica La Tablada
 10162 Med. Uruguaya-Paso-Cerro
 10163 Med. Uruguaya-Malvín
 10164 Med. Uruguaya-Cerrito
 10165 Casa de Galicia 8 de Octubre
 10166 Casa de Galicia Carrasco
 10167 Casa de Galicia Paso Carrasco
 10168 Casa de Galicia Cerro
 10211 IMM Policlínica Barrio Sur zona 1
 10221 IMM Con. L.Tiraparé Ur.y A.gde
 10231 IMM Policlínica Aguada zona 3 p73
 10241 IMM Policlínica Mercado Modelo zona 4
 10261 IMM Policlínica INVE 9 y 10, Yucatán
 10262 IMM Policlínica INVE 16 Hip. Irigoyen
 10271 IMM Policlínica Buceo, zona 7
 10281 IMM Policlínica J.P.Varela,Cno.Carr.
 10291 IMM Policlínica Pta. de Rieles zona 9
 10301 IMM Policlínica Giraldes, zona 10
 10302 IMM Policlínica Móvil zona 10
 10311 IMM Policlínica Casavalle, zona 11
 10312 IMM Policlínica Zonal 11
 10321 IMM Policlínica Colón, zona 12
 10322 IMM Policlínica Móvil zona 12
 10331 IMM Policlínica Barrio Unido, zona 13
 10332 IMM Policlínica Z y. Sánchez Pñrl.z.13
 10341 IMM Policlínica A. Lanza, Nvo. París
 10342 IMM Policlínica Parque Bellán zona 14
 10343 IMM Policlínica La Teja, zona 14
 10351 IMM Policlínica Lavalajeja, zona 15
 10361 IMM Policlínica Entre Vecinos, Bellavista
 10371 IMM Policlínica Casabó, zona 17
 10372 IMM Policlínica La Paloma, zona 17
 10373 IMM Policlínica Móvil zona 17
 10381 IMM Policlínica Paso de la Arena z18
 10382 IMM Policlínica Móvil zona 18

9.3.11 Paysandú

11001 Centro Departamental
 11002 Centro Auxiliar de Guichón
 11003 Policlínica Quebracho
 11004 Centro de Salud Paysandú

11005 Policlínica Morato
 11006 Policlínica Merinos
 11007 Policlínica Piedra Sola
 11008 Policlínica Piedras Coloradas
 11009 Policlínica Porvenir
 11010 Sanatorio Modelo
 11011 Sanatorio Pasteur (COMEPA)
 11013 Sanatorio Florida
 11014 Sanatorio Sanducero
 11021 Policlínica Piñera y Beisso
 11022 Policlínica Queguay
 11023 Policlínica Orgoroso
 11024 Policlínica Tambores
 11025 Policlínica El Eucalipto
 11026 Policlínica Paso de los Carros
 11027 Policlínica Cañada del Pueblo
 11028 Policlínica Soto
 11029 Policlínica Casablanca
 11030 Policlínica La Tentación
 11031 Policlínica Barrio Chaplín
 11032 Policlínica Juan XXIII
 11033 Policlínica San Antonio
 11034 Policlínica Barrio P3
 11035 Policlínica Barrio Nuevo Paysandú
 11036 Policlínica INVE
 11037 Policlínica Puerto
 11038 Policlínica Barrio Residencial
 11039 Policlínica Santa Elena
 11040 Policlínica COVEFE
 11041 Policlínica San Félix
 11042 Policlínica Barrio Norte
 11043 Policlínica Vista Hermosa
 11044 Policlínica Barrio Obrero
 11045 Policlínica Quebracho
 11046 Policlínica Santa Mónica

9.3.12 Rio Negro

12001 Centro Departamental Fray Bentos
 12002 Centro Auxiliar de Young
 12003 Policlínica San Javier
 12004 Policlínica Nuevo Berlín
 12005 Policlínica Grecco
 12006 Centro de Salud 18 de J. e Ituzaingó
 12007 Policlínica Algorta
 12008 Policlínica Paso de la Cruz
 12009 Policlínica General Borges
 12010 AMEDRIN Sanatorio CAMOQ
 12011 CADEMI
 12012 Policlínica ASESÁ
 12013 CAMY Young

12021 Policlínica Pueblo Sánchez
 12022 Policlínica Sarandí de Navarro
 12023 Policlínica Sauce
 12024 Policlínica Paso de los Mellizos
 12025 Policlínica Paso de la Cruz
 12026 Policlínica Las Canteras
 12027 Policlínica Anglo

9.3.13 Rivera

13001 Centro Departamental
 13002 Centro Auxiliar Minas de Corrales
 13003 Policlínica Barrio Misiones
 13004 Policlínica Vichadero
 13005 Policlínica Tranqueras maternidad local
 13006 Policlínica Barrio Mandubí
 13007 Policlínica Santa Isabel
 13008 Centro de Salud
 13009 Policlínica Lagunor
 13010 Sanatorio Rivera
 13011 COMERI Coop. Médica Rivera
 13021 Policlínica La Puente
 13022 Policlínica Moirones
 13023 Policlínica Amarillo
 13024 Policlínica Cerrillada
 13025 Policlínica Sarandí del Arapey
 13026 Policlínica Cerro Pelado
 13027 Policlínica CARE

9.3.14 Rocha

14001 Centro Departamental
 14002 Centro Auxiliar de Lascano
 14003 Centro Auxiliar de Castillos
 14004 Policlínica Chuy
 14005 Policlínica Cebollatí
 14006 Policlínica Velázquez
 14007 Policlínica San Luis
 14008 Policlínica la Coronilla
 14009 Policlínica 19 de Abril
 14011 San. de Asist. Médica Rocha
 14013 Sanatorio Ferrer Castillos
 14015 CAMELA Lascano
 14016 COMERO Sanatorio Rocha
 14017 COMERO Policlínica Chuy
 14020 Policlínica de La Paloma
 14021 Policlínica 18 de Julio
 14022 Policlínica Barra del Chuy
 14023 Policlínica Punta del Diablo
 14024 Policlínica Valisas
 14025 Policlínica La Cruz

9.3.15 Salto

15001 Centro Departamental
 15002 Sub Centro Colonia Lavalleja
 15003 Sub Centro Constitución
 15004 Centro de Salud
 15005 Sub Centro de Belén
 15006 Policlínica Valentín
 15007 Policlínica Colonia 18 de julio
 15008 Policlínica San Antonio
 15010 Sanatorio Panamericano
 15011 Sanatorio Salto
 15013 Centro Asistencia Médica
 15014 Sanatorio Uruguay
 15015 CASMU Salto
 15021 CENTRO Asist. Periférica CAP N 2
 15022 Policlínica Viazini
 15023 Policlínica Cuchilla de Guaviyú
 15024 Policlínica Guaviyú de Arapey
 15025 Policlínica Talas de Arapey
 15026 Policlínica Pueblo Olivera
 15027 Policlínica Cerro de Veras
 15028 Policlínica Paso de las Piedras
 15029 Policlínica Pepe Núñez
 15030 Policlínica Paso Centenario
 15031 Policlínica Pueblo Quintana
 15032 Policlínica Paso Potrero
 15033 Policlínica Pueblo Ramos
 15034 Policlínica Pueblo Cayetano
 15035 Policlínica Pueblo Fernández
 15036 Policlínica Campo de Todos
 15037 Policlínica Barrio Artigas
 15038 Policlínica Don Atilio (CAP N 1)
 15039 Policlínica Barrio Numero 3 CAP N3
 15040 Centro Asist.Periférica CAP N 4
 15041 Centro Asist.Periférica CAP N 5
 15042 Policlínica Rincón de Valentín
 15043 Policlínica Barrio Albisu
 15044 Policlínica Colonia Garibaldi
 15045 Policlínica Colonia Harriague
 15046 Policlínica Daymán
 15047 Policlínica Laureles
 15048 Policlínica Paso del Parque
 15049 Policlínica Punta de Cañas
 15050 Policlínica Puntas de Valentín
 15051 Policlínica Saucedo
 15052 Policlínica Masoller
 15053 Policlínica Sarandí del Arapey

9.3.16 San José

16001 Centro Departamental
 16002 Centro Auxiliar de Libertad

16003 Policlínica Ecilda Paullier
 16004 Centro de Salud de S. José
 16005 Policlínica Rincón del Pino
 16006 Policlínica Mal Abrigo
 16007 Policlínica Rincón de la Bolsa
 16008 Policlínica Barrio Roberto Mariano
 16009 Policlínica Delta de Tigre
 16010 Asoc. Médica San José Maternidad
 16011 As. Médica San José Policlínicas
 16013 COMESA (ex CIMA)
 16014 Círculo Católico San José
 16015 Panamericano
 16016 Círculo Católico Libertad
 16017 CASMU Rincón de la Bolsa
 16020 Policlínica Playa Pascual
 16021 Policlínica Rafael Perazza
 16022 Policlínica Estación Rodríguez
 16023 Policlínica Villa Rodríguez
 16024 Policlínica Ituzaingó
 16025 Policlínica Juana E. de Martínez
 16026 Policlínica 21 de Setiembre

9.3.17 Soriano

17001 Centro Dep. Mercedes
 17002 Centro Auxiliar de Dolores
 17003 Centro Auxiliar de Cardona
 17004 Policlínica Agraciada
 17005 Policlínica Egaña
 17006 Policlínica Villa Soriano
 17007 Policlínica Palmar
 17010 San. Larghero Mercedes
 17011 CAAMS Sanatorio Mercedes
 17012 CAAMS Sanatorio Cardona
 17013 UMER San. Regional Cardona
 17014 UMER Policlínica Mercedes
 17015 CAAMS San. Soriano Dolores
 17017 Policlínica Hosp.Evangélico Dolores
 17021 Policlínica José E. Rodó
 17022 Policlínica Palmitas
 17023 Policlínica Villa Darwin
 17024 Policlínica Risso
 17025 Policlínica Santa Catalina
 17026 Policlínica Cañada Nieto

9.3.18 Tacuarembó

18001 Centro Departamental
 18002 Centro Auxiliar San Gregorio de Polanco

18003 Centro Auxiliar de Paso de los Toros
 18004 Policlínica Caraguatá
 18005 Policlínica Ansina
 18006 Policlínica Tambores
 18007 Policlínica Piedra Sola
 18008 Policlínica Achar
 18009 Policlínica Paso de Bonilla
 18010 COMTA Paso de los Toros
 18011 COMTA Centro Materno Infantil
 18016 Policlínica Tacuarembó
 18017 Policlínica AMEPA Tacuarembó
 18018 Policlínica Retirados Militares Tbó.
 18019 Policlínica Sanidad Militar P. de los Toros
 18020 Centro de Salud Tacuarembó
 18021 Policlínica Curtina
 18022 Policlínica Sauce de Batoví
 18023 Policlínica La Hilera
 18024 Policlínica Peralta
 18025 Policlínica Paso del Cerro
 18026 Policlínica Cerro Batoví
 18027 Policlínica Cañas
 18028 Policlínica Cuchilla de la Gloria
 18030 Policlínica Municipal
 18031 Policlínica Barrio 1
 18032 Policlínica Barrio 2
 18033 Policlínica Barrio 3

9.3.19 Treinta y Tres

19001 Centro Departamental
 19002 Centro Auxiliar de Vergara
 19003 Centro Auxiliar Santa Clara de Olimar
 19004 Centro Auxiliar Charqueada
 19005 Centro de Salud de Treinta y Tres
 19006 Hospital de Cerro Chato
 19007 Hospital José Pedro Varela
 19008 Policlínica Valentines
 19010 CRAMQSA, B. Araúo 270
 19011 IAC Inst. Asist. Colectivo
 19012 COMET Lavalleja 315
 19013 Médica Uruguaya
 19014 CASMU Treinta y Tres
 19015 Policlínica Paso Ancho
 19016 Policlínica Municipal
 19017 Policlínica Villa Sara
 19018 Policlínica Los Naranjos
 19019 Policlínica San Francisco
 19020 Policlínica San Ignacio

10. ORGANIZACION NACIONAL

10.1 Generalidades

Este capítulo desarrolla los aspectos de organización del Sistema Informático Perinatal en el Uruguay, tal como lo prevén las disposiciones del Poder Ejecutivo y del Ministerio de Salud Pública.

10.2 Coordinación del SIP

El Programa Materno Infantil del MSP supervisa el funcionamiento del SIP y realiza las acciones de apoyo y difusión necesarias. La planificación y evaluación de sus actividades se basa en los resultados obtenidos mediante el SIP.

El Departamento de Estadísticas del MSP recibe los datos grabados en disquete en cada una de las instituciones y Departamentos del Interior emite los certificados de conformidad con la normativa nacional. La distribución de material (Formularios de Historia Clínica y Carnets) está a cargo del mismo Departamento de Estadísticas.

El CLAP es, a pedido del MSP, el organismo técnico asesor para el SIP.

10.3 Los Comités del SIP

En cada departamento del país se constituye un Comité cuya función es la de seguimiento del uso correcto del SIP y su coordinación en las instituciones locales. La integración del Comité contempla la autoridad departamental del MSP, técnicos de instituciones privadas o colectivizadas y técnicos del MSP. La inclusión de profesionales médicos, parteras, enfermeras o técnicos de registros médicos con iniciativa, empuje y capacidad de organización es tan importante como el prestigio de sus integrantes.

Es responsabilidad del Comité asegurar que la provisión de material no se interrumpa, que se disponga de computadoras para el ingreso y procesamiento de los datos en las Maternidades y que se mantenga el entrenamiento del personal técnico en el uso de la Historia Clínica y demás formularios.

El Comité procesa la información departamental y difunde el diagnóstico de situación perinatal local a los técnicos y responsables de la toma de decisiones. El contacto con la población de embarazadas puede hacerse por los canales de prensa u otros, con el fin de emitir mensajes y recomendaciones basados en información de primera mano.

Una vez por mes y antes del día 10 del mes siguiente, el Comité se asegura de que la Dirección de Estadísticas reciba una copia en disquete de todos los datos ingresados en el departamento, desde el primero de enero del año en curso hasta el último día del mes anterior. Esto permite al nivel central contar con la información nacional en todo momento; el hecho de entregar también datos de meses anteriores responde a la posibilidad de corregir y completar información de partos muy anteriores (por ejemplo en caso de hospitalizaciones prolongadas o de traslados cuya información se obtiene con atraso).

En Montevideo y Canelones las instituciones de mayor número de partos constituyen su propio Comité del SIP. Otras instituciones pueden asociarse para compartir esfuerzos y resultados: de todas maneras cada institución podrá tener estadísticas por separado debido a la codificación del lugar de atención del embarazo (variable ORIGEN) y del lugar de parto (variable ESTABLECIMIENTO).

10.4 Las Maternidades

Las Maternidades reciben a las embarazadas y les solicitan el Carnet Perinatal que fue llenado en las sucesivas visitas de control prenatal en cualquier lugar. Se copia su contenido a la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), hecho que obliga a examinar el caso y constituye la documentación de la Maternidad. Se sigue llenando la HCPB con la información de parto y puerperio. Se copian los datos sobre parto y puerperio de la HCPB al Carnet Perinatal para que la paciente acuda a su primer control post-natal con su Carnet completo.

En cada lugar de atención de partos se dispone de una computadora para el ingreso y procesamiento de datos del SIP. Después del alta de la madre y del recién nacido, antes de guardar la historia clínica en el archivo de la institución, ésta debe ser verificada en cuanto a su llenado completo e ingresada a la computadora mediante los programas del SIP. En cada Maternidad la dirección técnica es responsable de que se documente en forma completa el embarazo, parto y puerperio.

Es importante que en las maternidades se codifique el lugar de atención del embarazo de acuerdo a la codificación de todas las instituciones perinatales del país que se reproduce en la presente publicación (Capítulo 9). Al ingresar esta codificación, la maternidad podrá entregar una copia en disquete de los datos de las pacientes atendidas referidas por una determinada policlínica, para que ésta realice sus estudios de población y de resultados perinatales.

10.5 Las mutualistas de Montevideo y de Canelones

En Montevideo y en Canelones cada institución de atención perinatal opera como si fuera un «Comité Departamental del SIP» del resto del país (ver «Los Comités del SIP»). Esto se debe a las dificultades de coordinación y por la cercanía con el Ministerio de Salud Pública. Las mutualistas, por lo tanto, deben obtener mensualmente las historias clínicas, Carnets y demás formularios acudiendo al Departamento de Estadísticas del MSP. En la misma oportunidad entregan la copia en disquete de los datos ingresados desde el 1 de enero del año en curso hasta el fin de mes anterior y retiran el disquete que dejaron un mes antes.

10.6 Las Policlínicas

Es en la Policlínica donde se diagnostica generalmente el embarazo, por lo cual se emite allí un Carnet Perinatal transmitiendo a la embarazada la importancia de dicho documento que deberá mantener en su poder durante todo el embarazo y presentar en todas las consultas que haga (ecografías, controles, etc.). El personal de salud de la Policlínica debe llenar en forma completa el Carnet sabiendo que con ello está contribuyendo a una buena atención del embarazo, parto y puerperio: se debe usar letra clara y prolija. El registro institucional de la atención es consignado en la historia clínica (formulario HCP) que queda archivada en la policlínica.

Cuando vuelve de la Maternidad para el control post-neonatal, la embarazada presenta su Carnet Perinatal que contiene la información sobre como se desarrolló el parto y en qué condiciones nació el niño. En esta oportunidad se abre el Carnet del Niño para el seguimiento de su crecimiento y desarrollo hasta los 5 años de edad. La producción de la policlínica y otros procesamientos de datos se obtienen con el Sistema Informático del Niño (SIN).

Las policlínicas que desean ver estadísticas de las pacientes controladas podrán solicitar salidas del SIP o disquete de datos a la Maternidad que recibe sus embarazadas. En efecto cada HCPB ingresada en la maternidad tiene un código en la variable ORIGEN que identifica el lugar donde la embarazada se controló.

11. BIBLIOGRAFIA

- CLAP «Sistema Informático Perinatal en el Uruguay: experiencia del quinquenio 1985-89 y perspectivas» Publicación Científica CLAP 1229, Montevideo, 1991.
- CLAP «Sistema Informático Perinatal en el Uruguay: período 1990-92» Publicación Científica CLAP 1278, Montevideo, 1993.
- CLAP «Sistema Informático Perinatal en el Uruguay» Publicación Científica CLAP 1300, Montevideo, 1994.
- CLAP «Sistema Informático Perinatal en el Uruguay: SIP 10 años de datos 1985-1995» Publicación Científica CLAP 1329, Montevideo, 1995.
- CLAP «Sistema Informático Perinatal en el Uruguay 1996» Publicación Científica CLAP 1346, Montevideo, 1998.
- CLAP «Sistema Informático Perinatal en el Uruguay 2000» Publicación Científica CLAP 1395, Montevideo, 1999.
- Díaz, A.G., Schwarcz R. Díaz Rossello J.L, Simini F. et al. «Sistema Informático Perinatal» Quinta edición, Publicación Científica CLAP 1364, quinta edición, Montevideo, 1997.
- Díaz-Rossello, J.L «Health services research, outcomes, and perinatal information systems» *Curr. Opin. Pediatr.* 10 (2):117-122, 1998.
- Schwarcz, R., A. G. Díaz, R. H. Fescina, Díaz Rossello JL, M. Martell, and S. M. Tenzer. Simplified Perinatal Clinical Record. *Bol.Oficina.Sanit.Panam.* 95 (2):163-172, 1983.
- Simini F. «Perinatal information system (SIP): a clinical database in Latin America and the Caribbean» *Lancet* 1999; 354(9172):75.
- Simini F, Díaz-Rossello JL. Informática y telemática en pediatría. En: Meneghello J, Fanta E, Paris E, Puga TF, editores. *Pediatría.* 5a.ed. Buenos Aires: Panamericana; 1997. p. 157-66.
- Simini F, Rubino M., López R., Díaz, A.G. y Schwarcz R. «Procesamiento de datos del Sistema Informático Perinatal» Publicación Científica CLAP 1362, segunda edición, Montevideo, 1996.