

PARTO HOSPITALARIO EN EMBARAZADAS DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIÁN" DEL SIGSIG. PERIODO OCTUBRE DE 2011- JULIO 2012.

Dr. Jorge Victoriano Mejía Chicaiza

Ginecólogo Tratante

Correo electrónico: jorge.mejia@ucuenca.edu.ec

Md. Adriana Elisabeth Matute Astudillo

Médica Residente del Hospital San Sebastián

Sígsig – Ecuador

Md. María Fernanda Argudo Chicaiza

Médica Residente del Hospital San Sebastián

Sígsig – Ecuador

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

Fecha de Recepción: 31/06/2014

Fecha de Aprobación: 24/09/2015

ARTÍCULO ORIGINAL
Original Article

RESUMEN

Objetivo: Determinar el número de partos intrahospitalarios, en relación al primer control prenatal de las embarazadas de la consulta externa del Hospital "San Sebastián" del Síg-sig.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo en una muestra de 404 embarazadas, que acudieron a su primer control prenatal al Hospital "San Sebastián", luego se determinó el porcentaje de gestantes que tuvieron el parto en este hospital.

Resultados: La prevalencia del parto intrahospitalario en relación al primer control fue del 54.4%: 220 mujeres tuvieron el parto en el hospital. El resto 45.6% gestantes no acudieron al parto en esta institución. La media de edad fue de 25.7 años. La media de años de instrucción fue 7. La media de embarazos fue de 3.

Conclusiones: El parto intrahospitalario en relación al primer control en esta zona es bajo: el 54.4% de gestantes, prácticamente solo la mitad, o una de cada dos embarazadas acude para el parto hospitalario; por lo tanto un gran número de gestantes está en riesgo de sufrir complicaciones, debido a que probablemente se den partos domiciliarios, atendidos por comadronas.

DeCS: Control del embarazo, parto hospitalario, educación prenatal.

ABSTRACT

Objective: To determine the number of children birth, compared to the first prenatal control of pregnant women in the external consultation in " San Sebastián " hospital in Sigsig town.

Material and methods: A descriptive study was conducted on a sample of 404 pregnant women who attended to their first prenatal control in "San Sebastián" hospital, and then the percentage of pregnant women who had their babies in the hospital was determined.

Results: The prevalence children birth in relation to the first control was 54.4%: A total of 220 women had their babies in the hospital. The other 45.6% of pregnant women did not come back to this institution. The average age was 25.7 years old. The average years of the institution were 7. The average pregnancy was 3.

Conclusions: The children birth in relation to the first control in this area is low: from the 54.4% of pregnant women, almost the half or one in two pregnant women go to the hospital to have their babies; therefore a large number of pregnant women are in risk to have childbirth complications.

Key words: Parturition, Pregnancy, birthing Centers, Prenatal Education.

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) mediante el mandato de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 2 cita: "Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de la salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto, y postparto, así como el acceso a programas de Salud Sexual y Reproductiva" ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud, sobre la base de la evidencia científica, desde 1985, ha dado recomendaciones para la atención del parto y el nacimiento enmarcadas en un concepto de humanización y respeto; sin embargo, en la mayoría de los hospitales y clínicas del Ecuador y del mundo, el parto sigue siendo un fenómeno médico-hospitalario, despersonalizado, frío y en muchos casos violento.

Según el SIISE 31 (Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador), el parto hospitalario, es un indicador que refleja la eficiencia y la eficacia de las políticas y acciones de atención primaria de salud, entendidas en este caso como: (i) la captación temprana y oportuna de las mujeres embarazadas para brindarles la debida atención prenatal y prevenir las sobre el desenlace del parto (normal, cesárea, con riesgo, sin riesgo); (ii) la educación de la población, sobre todo de las mujeres en edad fértil, sobre la necesidad de asistencia del parto por personal calificado, como medida preventiva de riesgos para sí mismas y sus hijos recién nacidos; (iii) la accesibilidad de la población a los servicios de salud, sean éstos públicos o privados; y (iv), la promoción de la salud por parte de los servicios de salud ⁽²⁾.

En el año 2005, a nivel nacional, el 80% de los nacidos vivos tuvo asistencia profesional en el parto y el 20% careció de ella, existiendo grandes diferencias a nivel urbano y rural, así, el 88% de los partos en el área urbana contó con asistencia profesional, mientras en el área rural apenas el 51% ⁽²⁾.

El Objetivo 5, de los Objetivos de Desarrollo del Milenio "Mejorar la salud materna", ha tenido un importante progreso en la reducción de la mortalidad materna, pero ésta, sigue siendo elevada. Las mujeres indígenas y las del sector rural son las más afectadas. La tasa de mor-

talidad materna disminuyó sensiblemente en el período 1990 – 2004; de 117.2 defunciones por cada cien mil nacidos vivos a 50.7. Sin embargo, para alcanzar la meta de 29.3, los esfuerzos han de incrementarse sostenidamente, fortaleciendo el Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y el Programa de Atención Integral de Salud de la Mujer y la Pareja ⁽³⁾.

Esto se debe, según el SIISE, a la expansión de la cobertura de los servicios de salud, al mejoramiento de los niveles educativos de la población, a la influencia de los medios masivos de comunicación, al acceso a medidas preventivas como las inmunizaciones, a la urbanización de la población, que la acerca a los servicios de salud de las ciudades, al mejoramiento de la infraestructura sanitaria y al mejoramiento de la vigilancia epidemiológica ⁽⁴⁾.

Como se desprende de la información de la encuesta ENDEMAIN en el período comprendido entre 1989 a 1994, 6 de cada 10 partos fueron atendidos en una institución de salud (60%, promedio nacional), mientras que en el período de 1994 a 1999 la cobertura de parto institucional llegó al 69.2%, sensiblemente más alta en el área urbana (86.2%); en tanto en el período de 1999 a 2004 fueron atendidos a nivel nacional el 74.2% en establecimientos de salud, pero existe una amplia brecha de acuerdo al lugar de residencia de las mujeres, ya que la cifra cambia del 88.6% para las que residen en el área urbana al 57.1% para las del área rural.

Los partos clasificados como "en casa" fueron 34% (en el período 1989 a 1994), 29% (en el período 1994 a 1999) y 23.8% (en el período 1999 a 2004), de éstos solo el 14.3% (en el período 1994 a 1999) y 12.7% (en el período 1999 a 2004) fue atendido por una partera. Del total de partos de mujeres indígenas, sólo el 30.1% tuvo atención profesional ⁽⁴⁾.

Dar a luz en casa supone más riesgo para el recién nacido que si el parto se atiende en el hospital. En concreto, se registran el doble de muertes neonatales cuando el parto ocurre en el domicilio. Así lo indican los resultados de un estudio realizado en Estados Unidos por el

Maine Medical Center ⁽⁵⁾. El estudio indica que en un 0.2% de los partos domésticos fallece el bebé. Es decir, de cada 1,000 recién nacidos mueren dos. La cifra disminuye a la mitad entre los nacidos en hospitales: un 0.09%, lo que significa menos de un fallecido por cada millar de partos ⁽⁶⁾. Las complicaciones son mayores en las primíparas; las mujeres que acuden al hospital tras fracasar al intentar parir en casa llegan con una reserva fetal muy alterada ⁽⁷⁾; es decir, con reservas de oxígeno muy bajas para el recién nacido, lo que determina que la principal causa de mortalidad entre los recién nacidos es la falla respiratoria y problemas en la reanimación.

Partiendo del mandato de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 2, el MSP crea el "Programa Nacional de Mejoramiento de la Calidad" capacitando y conformando Equipos para el Mejoramiento Continuo de la calidad de atención (EMCC), con un solo objetivo principal, conseguir la Reducción de la Mortalidad Materna y complicaciones del posparto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Universo. El universo de estudio estuvo conformado por 404 gestantes que tuvieron la fecha de su última menstruación (FUM) entre enero de 2011 a octubre de 2011, y que acudieron a la primera consulta del embarazo, en este mismo período.

Muestra. Estuvo conformada por 220 mujeres, de 14 años de edad en adelante, que acudieron a esta casa de salud, donde tuvieron su parto en el periodo comprendido entre octubre de 2011 a julio de 2012, independiente de la vía de terminación del embarazo: parto vaginal o cesárea.

Criterios de inclusión: embarazadas que tuvieron FUM y acudieron a su primera consulta entre enero de 2011 a octubre del mismo año, independientemente de la edad.

Identificado el objetivo del estudio, utilizando los datos de las historias clínicas y luego del consentimiento informado, se procedió en forma retrospectiva a la recolección de los datos, en un formulario creado para la presente investigación.

En el presente estudio se analizaron las siguientes variables:

Datos de filiación: edad, ocupación, estado civil, residencia, número de hijos, años de educación.

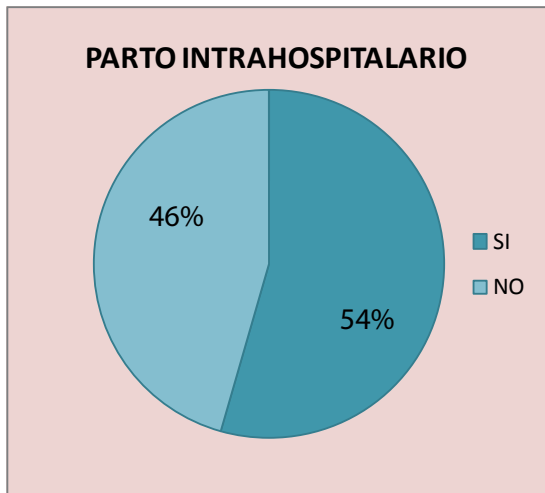
Evaluación del parto: intrahospitalario. Vía del parto: vaginal o cesárea.

Los datos fueron recopilados y luego analizados en el programa estadístico SPSS v.15 en español. Se obtuvo los valores descriptivos, media, moda, desvío estándar.

RESULTADOS

GRÁFICO 1

PARTO INTRAHOSPITALARIO EN 404 EMBARAZADAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL "SAN SEBASTIÁN" SÍGSIG.



El 54.4% de las mujeres (220) que acudió a la consulta del embarazo por primera vez, tuvo su parto en el hospital "San Sebastián", las 184 mujeres restantes (45.6%) no acudió a esta casa de salud.

Fuente: formulario de datos.
Elaboración: Dr. Jorge Mejía Ch.

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE 220 PACIENTES, QUE TUVIERON PARTO EN EL HOSPITAL "SAN SEBASTIÁN". SÍGSIG.

VARIABLE	CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad	<19 años	42	19.1
	>20 años	178	80.9
Estado civil	Casada	108	49.1
	Unión libre	87	39.5
	Soltera	25	11.4
Instrucción	1-6	149	67.7
	7-12	55	25.0
	>13	16	7.3
Residencia	Urbana	71	32.3
	Rural	149	67.7

INSTRUCCIÓN: media 7.10, min: 1, max: 17, DS: 3.4

Fuente: formulario de datos.
Elaboración: Dr. Jorge Mejía Ch.

El promedio de la edad fue de 25.7 años, con un mínimo de 15 y un máximo de 45 años, el Desvío Estándar (DS) fue 6.8; predominó el estado civil casada con el 44.1%; y el estado civil unión estable es importante con el 39.5%; en lo relacionado con los años de estudio el 67.7% tuvo hasta 6 años de estudio, con una media

de 7.10 % con extremos marcados, pacientes casi analfabetas y mujeres con hasta 17 años de educación. La población de embarazadas de la cabecera cantonal, acuden en pequeño porcentaje al parto en el hospital, probablemente su condición económica les permite optar por la medicina privada.

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN DE 220 PACIENTES, CON PARTO HOSPITALARIO.
SEGÚN EL NÚMERO DE EMBARAZOS. HOSPITAL "SAN SEBASTIÁN". SÍGSIG.

ESCALA	FRECUENCIA	%
menos 2	116	52.70
3-5	79	35.90
mas 6	25	11.40
TOTAL	220	100.00
media: 2.8, min:1, max: 13, DS: 2.06		

Fuente: formulario de datos.
Elaboración: Dr. Jorge Mejía Ch.

Pacientes con 1 o 2 gestaciones predominaron con el 52.7%, aun cuando todavía existen en esta zona, pacientes catalogadas de grandes multíparas con más de 6 hijos (11.4%)

TABLA 3
DISTRIBUCIÓN DE 220 PACIENTES, QUE TUVIERON PARTO EN EL HOSPITAL "SAN SEBASTIÁN". SEGÚN LA VÍA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO. SÍGSIG.

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Parto	139	63.2
Cesárea	81	36.8
TOTAL	220	100.0

Fuente: formulario de datos.
Elaboración: Dr. Jorge Mejía Ch.

De las 81 cesáreas solo el 20.9% (17) corresponde a embarazadas menores de 19 años. El mayor porcentaje de cesáreas se realiza en embarazadas mayores de 20 años, que tienen el diagnóstico de cesárea anterior.

Se debe mencionar que esta prevalencia de cesáreas es alto, en relación al 18% sugerido por la OMS, también cabe anotar que a las pacientes que solicitan, "parto después de cesárea" se les brinda esta posibilidad, con el objetivo de disminuir el número de cesáreas.

TABLA 4
DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LOS 220 RN EN EL PERIODO OCTUBRE DE 2011 a JULIO de 2012 EN EL HOSPITAL "SAN SEBASTIÁN" DEL SÍGSIG.

SEXO	HOMBRES	121	55%	
	MUJERES	99	45%	
PESO	Media 3,109 gr.	DS 367		Min 2,000 Max 4000
TALLA	Media 49.02 cm.	DS 1.5		Min 43 Max 53
P.CEFALICO	Media 34.35 cm.	DS 1.27		Min 32 Max 37
APGAR 1 MIN	Media 8.59	DS 0.7		Min 5 Max 9
APGAR 5 MIN	Media 9.01	DS 0.2		Min 8 Max 10

Fuente: formulario de datos.
Elaboración: Dr. Jorge Mejía Ch.

DISCUSIÓN

La prevalencia del parto hospitalario fue del 54.4%, 220 gestantes acudieron para el parto, de un total de 404 embarazadas que tuvieron su primer control prenatal en el periodo de Octubre de 2011 a Julio de 2012.

La edad promedio fue de 25.7 años, con una mínima de 15 y una máxima de 45. El 88.68% correspondió al estado civil casada y unión libre. La media de años de estudio fue de 7 años, se encontró pacientes con uno y dos años de educación básica. El promedio de hijos fue de 3, pero con extremos porque existieron mujeres con un solo hijo y otras con 13 hijos.

Uno de los planteamientos de los Objetivos De Desarrollo del Milenio (ODM) fue disminuir la mortalidad materna, razón por la cual se crearon múltiples programas para cumplir con el objetivo, como es la "Ley de Maternidad Gratuita", "Parto hospitalario", etc.

En la presente investigación se encontró una prevalencia del 54.4% para el parto en el hospital "San Sebastián" del Sígsig (220) de un total de 404 embarazadas que tuvieron su primer control prenatal, en un determinado tiempo. Este valor encontrado es relativamente bajo, en comparación con los citados por el SIISE en el 2005 el (88%), y por ENDEMAIN en el 2004 el (74.2%).

Una investigación realizada por el Ministerio de Salud de Pública del país (MSP) en el 2005, cita un 80% de parto intrahospitalario, resultado que es mayor al 54.4% del presente estudio. Otro estudio realizado en el Hospital Básico de Guamote cita un 13.71% para el parto intrahospitalario, resultado este bastante menor al 54.4% encontrado en esta investigación.

Se nota también que existe gran diferencia de atención del parto hospitalario entre la población urbana y rural, siendo esta última la más afectada, citándose hasta un 30% en esta zona, para el parto hospitalario.

Un hecho importante que se debe anotar es el índice de cesáreas en el presente estudio, mismo que fue de 36%, lo que dista mucho del citado por la OMS del 18%, y del 12% fijado en los ODM.

CONCLUSIONES

La prevalencia del parto hospitalario fue del 54.4%, (220) de las 404 embarazadas que acudieron en el periodo Octubre 2011 a Julio de 2012, en hospitalización del Hospital "San Sebastián" del Sígsig.

La prevalencia de cesáreas en el Sígsig fue del 36.8% en el grupo de estudio.

RECOMENDACIONES

- Realizar una mayor promoción de los servicios hospitalarios de maternidad gratuita, control prenatal, control del niño sano a través de los diferentes medios de difusión.
- Realizar un mayor número de visitas domiciliarias a las gestantes por el personal encargado para el efecto.
- Realizar nuevos estudios, poniendo énfasis en las causas como: falta de accesibilidad, carencia de transporte, factor económico, desconocimiento u otros, que podrían incidir para que la paciente no acuda a una institución hospitalaria para el parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Pública. Manual de estándares, indicadores e instrumentos, para medir la calidad de la atención materna. MSP. Agosto. Quito- Ecuador. (2008)
2. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal. Quito-Ecuador. (2008)
3. Salas, B. Yépez, E. et al. Por una Maternidad y Nacimientos Seguros. FCI-MSP-UNFPA-LMG-YAI-USAID. Quito-Ecuador. (2008)
4. Ministerio de Salud Pública. Guía de Intervenciones Natales y Perinatales Basadas en la Evidencia para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal. Dirección Nacional de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Quito-Ecuador. (2007)
5. Cifuentes, R. Medicina Basada en Evidencias. 7º edición. Bogotá-Colombia. Editorial Distribuna. (2009)
6. Williams. Tratado de Obstetricia. Edición 22º. México DF. Editorial Mc Graw Hill. (2006)
7. Calaf, J. Revista. Hospitalaria. Materno- Infantil. Ramón Sardá. Barcelona –España.(2010)
8. Schwars R, Fescina R, y Duverges C. Obstetricia. Edición 6º. Editorial el Ateneo. Buenos Aires-Argentina. (2006)
9. CIFUENTES R. Ginecología y Obstetricia. Basadas en las nuevas evidencias. 2da Edición. Editorial Distribuna. 2009.
10. Norma y Protocolo Materno. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2008.
11. Quilligan Edward J. ET AL. Ginecología y Obstetricia. Vol #3. México D.F. Editorial Ciencia y Técnica. S.A. (1990)
12. Pineda. E.B. ET AL. Metodología de la Investigación. Organización Panamericana de la Salud. Segunda edición. (2002)
13. Hernandez Sampiri Roberto ET. AL. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana. Tercera edición. (2003)
14. Ortiz José. Como elaborar una tesis de postgrado. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. (2002)
15. Beischer Mackay. Obstetricia y Neonatología. . McGraw-Hill Interamericana. (2008)
16. Botero. Obstetricia y Ginecología VII edición. Bogotá-Colombia. (2002)
17. Puga García Felicitas Candelaria. Facultad de Enfermería y obstetricia de Celaya. Universidad de Guanajuato. México. Celaya. (2004)
18. Cecil-Loeb. Medicina Interna. Vol II. Edición Interamericana. Octava edición. Argentina. (2006)
19. Rubinstein, A, Terrasa, Medicina familiar y práctica ambulatoria, segunda edición, editorial médica panamericana, España. S(2007)
20. Harrison, T. R. et al, Principios de Medicina Interna, decimoséptima edición, vol II, Mc Graw Hill, EE.UU. (2009)
21. Farreras y Rozman. "Medicina Interna", Vol I. Elsevier ediciones decimosexta edición. España. (2004)