

ACTIVIDADES DE LA UNIDAD DE PARTOS, BLOQUE MATERNO INFANTIL, HOSPITAL ESCUELA. FEBRERO-JULIO 1978

*Dr. Gaspar Vallecillo h. * Dr Sergio R. Vargas P. **
Dr. José Rubén López Canales ****

INTRODUCCIÓN:

Todos conocemos las actividades que normalmente se desarrollan en una Unidad de Partos, y que de las mismas se han logrado elaborar algunas investigaciones de acuerdo a un objetivo específico. En nuestro hospital también han existido este tipo de inquietudes, pero hasta ahora no se había hecho una revisión de las actividades en forma amplia ni particularizando algunos aspectos interesantes de lo que sucede diariamente en la Unidad de Partos.

En esta comunicación se hace una evaluación de los nacimientos ocurridos en un período de seis meses, con la pretensión de conocer mejor la forma de trabajo, sus fallas y posibles soluciones, así como relacionar los partos normales, distócicos y cesáreas con la morbilidad y mortalidad fetal, neonatal y materna.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se elaboró una hoja especial de Informe Diario de Actividades de la Unidad de Partos, del Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela de Tegucigalpa, Honduras, donde se consignan los siguientes datos: Partos eutócicos, distócicos y cesáreas que en orden cronológico atiende el personal médico que labora en la Unidad, significando su jerarquía y anotando para cada atención obstétrica, su indi-

* Jefe Servicio de Obstetricia. Hospital Escuela

** Jefe Unidad de Partos. Hospital Escuela

*** Jefe Unidad de Monitoreo e Investigación. Hospital Escuela

cación, complicaciones y observaciones. Así como, se registran muertes fetales y maternas, número de pacientes ingresadas a la Unidad de Partos y a otras Salas del hospital, pacientes que se envían a su domicilio por no ameritar hospitalización y el total de pacientes atendidas en Admisión de ese Servicio en especial y por un período de 24 horas.

Con los datos así registrados se logró hacer una distribución mensual de nacimientos eutócicos, distócicos y cesáreas, analizándolos de acuerdo al nivel jerárquico de atención, es decir, estudiantes de V y VI Año de la Carrera de Medicina, internos de pre-grado, residentes de los tres años de la especialidad y los médicos gineco-obstetras que laboran en la Unidad tanto en las horas diurnas como en las guardias nocturnas. Los partos distócicos se clasificaron para tener un indicador de frecuencia, igual se hizo con la operación cesárea. Se hace una revisión de la morbi-mortalidad materna y neonatal y por último se analiza el trabajo realizado en Admisión de la Unidad de Partos.

RESULTADOS:

Distribución Mensual de Nacimientos.

De febrero a julio de 1978 se atendieron en el Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela 5.197 nacimientos, de los cuales 4.369 fueron eutócicos (84o/o), distócicos 494 (10o/o) y por cesárea 334 (6o/o). En cuanto a la distribución mensual de nacimientos no hubo diferencias significativas en ninguno de los parámetros estudiados, probablemente por el corto tiempo revisado. (Cuadro 1).

CUADRO No. 1
ACTIVIDADES UNIDAD DE PARTOS
DISTRIBUCION MENSUAL DE NACIMIENTOS

MES	EUTOCICOS		DISTOCICOS		CESAREAS		TOTAL
	NUMERO	o/o	NUMERO	o/o	NUMERO	o/o	
FEBRERO							
Febrero	546	85	51	8	48	7	645
Marzo	794	88	67	7	48	5	909
Abril	709	84	94	11	47	5	850
Mayo	789	82	10	10	75	8	966
Junio	759	84	95	11	53	5	908
Julio	772	83	94	10	63	7	929
TOTAL	4.369	84	494	10	334	6	5.197

Atención Médica

Teniendo en cuenta que el Hospital Escuela es un centro docente asistencial y que a él concurren estudiantes de V y VI año, además de los residentes de la especialidad, se observa la distribución de los nacimientos de acuerdo a la jerarquía médica, significándose que el 660/0 de los mismos corresponden a estudiantes de pre-grado, en un total de 3.452 partos eutócicos. El 19o/o (990) fue atendido por Residentes I y decrece el número a medida que aumenta la jerarquía (Cuadro 2).

CUADRO No. 2
ACTIVIDADES UNIDAD DE PARTOS
ATENCION MEDICA

JERARQUIA	NUMERO	o/o
Estudiante V - VI Año	1.355	26
Médico Interno	2.097	40
Residente I	990	19
Residente II	463	9
Residente III	247	5
Médico Especialista	45	1
	5.197	100

Partos Distócicos.

Hubo un total de 494 partos distócicos en los que la aplicación de fórceps dio un 35.22o/o (174), continuando en orden de frecuencia el parto pélvico, 91 casos (18.42o/o), óbitos 79 (15.99o/o), y 58 partos gemelares (11.74o/o), con un parto de trillizos y uno de cuatrillizos (0.20o/o). Se hizo conducción del trabajo de parto en el 7.30o/o de los casos (36). En cuanto a los prematuros y que provocaron distocia obstétrica fueron 26 (5.26o/o) observándose que se presentaron 423 prematuros (8.1o/o) del total (5.197) de nacimientos. Se anota además la relación de prematuros vivos (82.2o/o) y muertos (17.8o/o) del total de prematuros en el período estudiado. Las otras causas de distocias fueron revisión de cavidad (3.85o/o) en 19 casos, y los casos de productos inmaduros 7 (1.42o/o). La inversión uterina, presentación de cara y los embarazos múltiples mayores de dos productos se sucedieron en un caso únicamente (0.20o/o) (Cuadro 3).

CUADRO No. 3
ACTIVIDADES UNIDAD DE PARTOS
PARTOS DISTOCICOS

CONCEPTO	NUMERO	o/o
Fórceps	174	35.22
Pélvico	91	18.42
Óbitos	79	15.99
Gemelar	58	11.74
Conducción	36	7.30
Prematuros	26	5.26
Revisión cavidad	19	3.85
Inmaduros	7	1.42
Inversión Uterina	1	0.20
Presentación cara	1	0.20
Cuatrillizos	1	0.20
Trillizos	1	0.20
	494	100
Total Nacimientos	5.197	10o/o
Total Prematuros	423	8.1o/o
Prematuros Vivos	348	82.2
Prematuros Muertos	75	17.8

Cesáreas

La indicación más frecuente (141) fue la Desproporción cefalopélvica con un 43.0o/o y en segundo lugar (15o/o) la presentación pélvica en primigesta. En 31 (9.0o/o) y en 29 casos (9.0o/o), la situación transversa y el sufrimiento fetal respectivamente indicaron la operación. En el 8.5o/o (27 pacientes) se practicó cesárea iterativa. La otra indicación que significó un porcentaje alto (7.0o/o) fue la placenta previa en 23 casos. Se hace un listado de indicaciones con sus respectivos porcentajes, haciendo un gran total de 334 pacientes operadas en los seis meses investigados, lo que es igual a 6o/o de frecuencia de la operación cesárea en relación al número de nacimientos (5.197) en ese mismo período (Cuadro 4 y 5).

CUADRO No. 4
ACTIVIDADES UNIDAD DE PARTOS
CESAREAS

INDICACION	NUMERO	o/o
D.C.P.	141	43.0
Pélvico Primigesta	50	15.0
Situación Transversa	31	9.0
Sufrimiento Fetal	29	9.0
Cesárea Iterativa	27	8.5
Placenta Previa	23	7.0
Pélvico más Cesárea	10	3.0
Distocia Cervi	7	2.0
Cara y Frente	5	1.0

Cesárea Histerectomía

En el cuadro 6 se hace un resumen de las causas que obligaron a esta intervención en 7 pacientes, 5 por ruptura uterina, una por acretismo placentario y otra por atonía uterina. La cesárea histerectomía en relación a la operación cesárea fue de 2o/o y de 0.1o/o en relación al total de nacimientos.

Mortalidad Materna

Cuatro pacientes fallecieron (0.07o/o), dos por eclampsia, una por pre-eclampsia severa y otra por intoxicación alimenticia por hongos. La Tasa de Mortalidad Materna fue de 79.9 x 100.000 nacidos vivos (cuadro 7).

CUADRO No. 5
ACTIVIDADES UNIDAD DE PARTOS
CESAREAS

INDICACION	NUMERO	o/o
D.P.P.N.	2	0.5
Prolapso cordón	2	0.5
Condilomatosis	2	0.5
Granuloma Venéreo	1	0.2
Gemelar	1	0.2
Presentación compuesta	1	0.2
Eclampsia	1	0.2
Perforación Uterina y Muerte Fetal por bala	1	0.2
	334	100o/o
Total Nacimientos	5.197	6

CUADRO No. 6
ACTIVIDADES UNIDAD DE PARTOS
CESAREA HISTERECTOMIA

INDICACION	NUMERO	o/o
Ruptura Uterina	5	72
Acretismo Placentario	1	14
Atonia Uterina	1	14
	7	100
Total Cesáreas	334	
Total Nacimientos	5.197	
Cesárea histerectomía en relación al total de cesáreas = 2.0o/o		
Cesárea histerectomía en relación al total de nacimientos = 0.1o/o		

Mortalidad Neonatal

Hubo 52 muertes neonatales (1o/o), 47 se sucedieron en productos con menos de 2.500 gramos y en 5 con peso igual o superior a 2.500 gramos. Las muertes neonatales se refieren a las precoces. En el Cuadro 8 se distribuyen mensualmente las muertes neonatales de acuerdo al peso.

CUADRO No. 7
ACTIVIDADES UNIDAD DE PARTOS
MORTALIDAD MATERNA

CAUSA	NUMERO	o/o
Eclampsia	2	50
Toxemia Severa	1	25
Intoxicación Hongos	1	25
	4	100
Total Nacimientos	5.197	0.07
Tasa Mortalidad Materna — 76.9 x 100.000		

CUADRO No. 8
ACTIVIDADES UNIDAD DE PARTOS
MUERTES NEONATALES

MES	< 2500 qes	> 2500 qes
Febrero	10	0
Marzo	7	0
Abril	6	2
Mayo	5	1
Junio	12	1
Julio	7	1
	47	5
Total Nacimientos	5197	
Total Muertes Neonatales	52	1o/o

Pacientes Atendidas en Admisión

En el periodo de febrero a julio de 1978 se atendieron en Admisión de la Unidad de Partos 8.828 pacientes, de las cuales 5.424 (62o/o) fueron ingresadas a Labor correspondiendo al total de nacimientos. A otras Salas de hospitalización y dependiendo de la patología gestacional y edad del embarazo se admitieron 348 pacientes (4o/o). El 34o/o (3.056) de las pacientes que acudieron a este servicio fueron remitidas a su domicilio por no presentar indicación para su hospitalización (Cuadro 9).

CUADRO No. 9
ACTIVIDADES UNIDAD DE PARTOS
PACIENTES ATENDIDAS EN ADMISION

CONCEPTO	NUMERO	o/o
Ingresos a Labor	5.424	62
Ingresos a Salas	348	4
Remitidas a Domicilio	3.056	34
	8.828	100

COMENTARIOS

Resulta interesante hacer una revisión de las actividades de una Unidad de Partos, ya que brinda la oportunidad de evaluar el Servicio desde varios puntos de vista, como son el asistencial, el docente, la capacidad según recursos humanos y materiales, y sobre todo porque de esta pequeña muestra se pueden definir situaciones que obliguen la planificación y adecuación futura del Servicio de Obstetricia.

En el cuadro 2 se detallaron los porcentajes de atención obstétrica dependiendo de la jerarquía médica, y observamos que el 660/0 de los partos fue atendido por estudiantes de medicina de V - VI e internos de pre-grado. La explicación a este fenómeno nos parece sencilla, y es que el incremento del estudiantado ha sido desproporcionado si se relaciona con la capacidad hospitalaria y los recursos de pacientes y equipos de los mismos centros, y si pretendemos dar al estudiante una preparación más o menos adecuada en la atención de partos, debemos permitir su participación en un número tal de partos que garantice su práctica. En los planes de estudio de la Facultad de Ciencias Médicas las rotaciones por el Departamento de Ginecología y Obstetricia, de los estudiantes de V y VI año, es de 6 semanas para un número promedio de 35 estudiantes por pasantía. Los internos de pre-grado rotan por tres meses por los diferentes servicios del Departamento. Este volumen estudiantil obliga a que este porcentaje de partos atendidos por ellos -sea alto. Es de hacer notar que hay supervisión directa por el personal médico y que única-

mente atienden eutócicos. Los médicos Residentes tienen obligación académica de atender un determinado número de partos por año y de acuerdo con su jerarquía, y este requisito es llenado satisfactoriamente. Sin embargo estamos conscientes que deben atender más partos para que logren un buen entrenamiento tanto en eutócicos, distócicos y en la operación cesárea. El médico especialista supervisa, asiste y participa de acuerdo a la necesidad obstétrica.

La frecuencia de las diferentes distocias no es mayor que en otras publicaciones (1,3) igual que sucede con las cesárea y sus diferentes indicaciones (2,3). En otras revisiones hechas en nuestro hospital, hemos encontrado un ascenso en el porcentaje de cesáreas desde 1970 (3.77o/o) a 1977 (8.3o/o) (2), por lo que estimamos que se aumenta el número de intervenciones obstétricas debe hacerse consecuentemente un descenso en la morbi-mortalidad neonatal que es la retención de cualquier servicio de obstetricia, y que nosotros hemos comprobado en otros estudios.

El número aparentemente elevado de cesárea histerectomía (7) y que significó el 0.1o/o, en relación al total de nacimientos se debe en mucho a que el hospital recibe toda clase de pacientes y que siendo el primer centro asistencial de la república es un hospital de concentración (4), otro hecho importante es que la atención prenatal es deficiente en la inmensa mayoría de las pacientes.

Los problemas hipertensivos en el embarazo han sido motivo de preocupación en el Departamento de Ginecología y Obstetricia y es una causa frecuente de ingreso a la sala de Patológico a tal grado que en una revisión del Doctor Leonel Pérez, Jefe de esa sala, en 1979 los cuadros hipertensivos significaron el 30o/o de los ingresos en ese Servicio. En nuestra mortalidad materna, de cuatro pacientes que fallecieron tres fueron por problemas hipertensivos, lo que demuestra su alta frecuencia como índice de mortalidad (9).

En cuanto a la mortalidad neonatal debe considerarse la precoz ya que desconocemos lo sucedido con los recién nacidos puesto que su estancia postparto no es mayor de 24 horas (5,6). Nuestra tasa de mortalidad neonatal precoz es de 10.5x1000

Nacidos vivos. Tomando en cuenta el número de óbitos (79), resulta que la Tasa de Mortalidad Fetal General (5) es de 15.2x1000 nacimientos y la Tasa de Mortalidad Perinatal General (5,6) es de 25.3x1000 nacimientos, cifra que está por debajo de la informada por Lubchenco (7). Estos datos coinciden con los presentados por el Dr. López Canales en nuestro medio (8), y representan lo que al Hospital se refieren, ya que a nivel nacional el subregistro distorciona la realidad.

Consideramos importante conocer lo que sucede diariamente en Admisión de Unidad de Partos, puesto que es punto clave para la evaluación y distribución de las pacientes que acuden a solicitar servicios. Está localizado en la misma área de la Unidad, que a su vez ocupa una zona amplia del 4to. piso del Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela; esta ubicación es desde ya el primer problema puesto que es un servicio que debe considerarse de emergencia dadas las múltiples complicaciones obstétricas conocidas que requieren de una intervención rápida y segura. No existe en el Hospital forma que las pacientes embarazadas sean evaluadas en Emergencia para después ser trasladadas a la Unidad de Partos, ya que ese servicio está constantemente abarrotado por pacientes con problemas ginecológicos y obstétricos de las primeras semanas de gestación. Así las cosas, las pacientes llegan directamente a Admisión, muchas de ellas porque creen tener problemas, otras porque nunca han sido vistas en el embarazo, por lo que lejos de ser una verdadera admisión de pacientes con trabajo de parto o con alguna complicación del embarazo se ha convertido en una consulta externa durante 24 horas. Esto explica porque de 8.828 pacientes que acudieron a Admisión, 62o/o fueron ingresadas a la Unidad, 4o/o se hospitalizaron en otras salas del Departamento y un 34o/o (3.056 pacientes) que es un porcentaje considerable fueron despachadas a su domicilio.

El personal médico asignado a la Unidad de Partos es relativamente reducido, rotan un Residente de Tercero y Segundo Año, uno o dos de primer año y cinco internos de pregrado, tanto en las horas del día como durante las guardias más dos especialistas diurnos y uno nocturno. Por lo que con el volumen de partos su actividad asistencial es constante y si se tiene a un residente y a un interno pa-

ra Admisión el exceso de pacientes que son vistas diariamente disminuye el aprovechamiento de éstos médicos en el área de Labor y Expulsión de la Unidad.

Si se toma en cuenta que el Hospital Escuela es un centro de referencias prácticamente de toda la república, hay una sobrecarga de demanda asistencial que con los recursos disponibles no es posible satisfacer. El Bloque Materno Infantil cuenta únicamente con 60 camas para Puerperio Normal, con otras pocas para patología del embarazo y puerperio, así que el número de partos ha excedido la capacidad por lo que es obligatorio ampliar o buscar otras áreas para su mejor atención.

La reducción de los días de hospitalización para Puerperio Normal ha sido motivo de gran preocupación, porque hemos llegado al mínimo permisible de 24 horas post-parto, lo que es contraproducente tanto por la patología de este período puerperial que no es detectable, como por los costos hospitalarios que se van incrementando con los reingresos de las pacientes con cuadros patológicos que pudieron haberse diagnosticado y tratado oportunamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pritchard-MacDonald. Williams Obstetrics. 15th. Edition Apleton Century Crofts. 1978.
2. Vallecillo, h.G.; Pérez H.L.; López P.A. y Montes M.J.: Operación Cesárea. Revisión de 1757 casos. Hospital Materno Infantil (En prensa).
3. Ruiz-Velasco, V.: La Operación Cesárea en nuestro medio. Ginec. Obstet. Méx. 42:251,1977.
4. Larios Mendoza, H.: Conde A.T. y Romero, M.C.: Cesárea Histerectomía e Histerectomía en el Puerperio. Resúmenes X Aniversario. HGO 3. C.M. La Raza IMSS. junio 1974.
5. Who: Recommended definitions, terminology and format for estadistical tables related t-o the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Acta Obstet. Gynecol. Scand 56:247, 1977.
6. Collia, C.F.: Díaz A.G.: Fescina R.R.; Horcher, R.; Rimoli R.; Schwarch, R.; Tenser, S.M. y Urman, J.: Diagnóstico de situación perinatal. Publicación Científica 786, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. OPS/OMS. Sept 1978.
7. Lubchenco, LO.; Searls, D.T.: Neonatal mortality rate: Relationship to birt weight and gestatinal age. The Journal Pediatrics. 81:814,1972.
8. López Canales, J.R.; Vallecillo, h.G.; Zambrana, M. A.; Vargas, P.S.; Durón, B.C. y García, R.: Nuevo Enfo que en el Manejo del Parto.
9. Gibbs, C.F.: Etiology and incidence of stroke associated with maternal deaths. Contemporary Ob/Gyn, 4:57.1974.