

UNIDAD OBSTÉTRICA DE UN HOSPITAL COMARCAL I. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

J.M. GACÍAS¹

E. CRUZ¹

M.C. GONZÁLEZ MORÁN¹

A. LÓPEZ BONILLA¹

P. CONTE¹

J. SIERRA¹

L. PEDRÓS¹

RESUMEN.—Se expone la experiencia de cinco años de funcionamiento de un servicio de obstetricia en un hospital de ámbito comarcal. Se presentan los datos epidemiológicos básicos de las peculiaridades geográficas y de demografía sanitaria de la región, así como de las 3.002 mujeres a quienes se les asistió el parto en nuestro hospital: edad, estado civil, peso, talla, preparación al parto, número de visitas prenatales, antecedentes obstétricos, paridad, consumo de drogas, hospitalización prenatal, ganancia ponderal, edad gestacional, sexo del recién nacido, días de estancia hospitalaria postparto y grupos sanguíneos y factor Rh de las madres y neonatos. Se explican cuáles son las diferencias encontradas con respecto a la experiencia de otros centros asistenciales y la motivación de las mismas.

¹ Hospital Comarcal del INSALUD. Servicios de Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Análisis Clínicos. Ctra. Nacional 240. E-22300 BARBASTRO (HUESCA).

ABSTRACT.—Analysis of 3.002 births delivered in a local hospital since it began to operate in December 1984 to January 1990. This is a retrospective study of the geographical peculiarities and geographic health conditions in the area, basic epidemic data and obstetrical data.

KEY WORDS.—Local hospital, epidemic data, geographical peculiarities.

INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva de cinco años de funcionamiento del Hospital de Barbastro, de taámbito comarcal, se analizan globalmente los resultados obtenidos en nuestro Servicio de Maternidad. Se estudian un total de 3.002 partos y se analizan estadísticamente desde la doble óptica de “Datos epidemiológicos” (I) y “Datos obstétricos y resultados perinatales” (II).

El objetivo del presente trabajo es exponer la experiencia de cinco años del Servicio de Obstetricia, analizando los datos básicos que permiten establecer parámetros de comparación con los aportados por otros centros asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de la población

El Hospital de Barbastro, perteneciente a la red hospitalaria del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), es el centro de referencia para la población del sector oriental de la provincia de Huesca. En el mapa sanitario de la Comunidad Autónoma, el Área 1 abarca la totalidad de la provincia de Huesca (fig. 1), dividiéndose en dos sectores sanitarios: sector Huesca y sector Barbastro. La población adscrita al Área 1 es de 218.364 habitantes (1), de los que 107.901 corresponden al sector Barbastro (2) (tabla I).

El sector de Barbastro cubre la asistencia de cinco comarcas bien definidas: Sobrarbe, Ribagorza, Barbastro, Monzón, La Litera y Bajo Cinca (3). La población se agrupa en 118 municipios, de los que únicamente

ZONAS DE SALUD

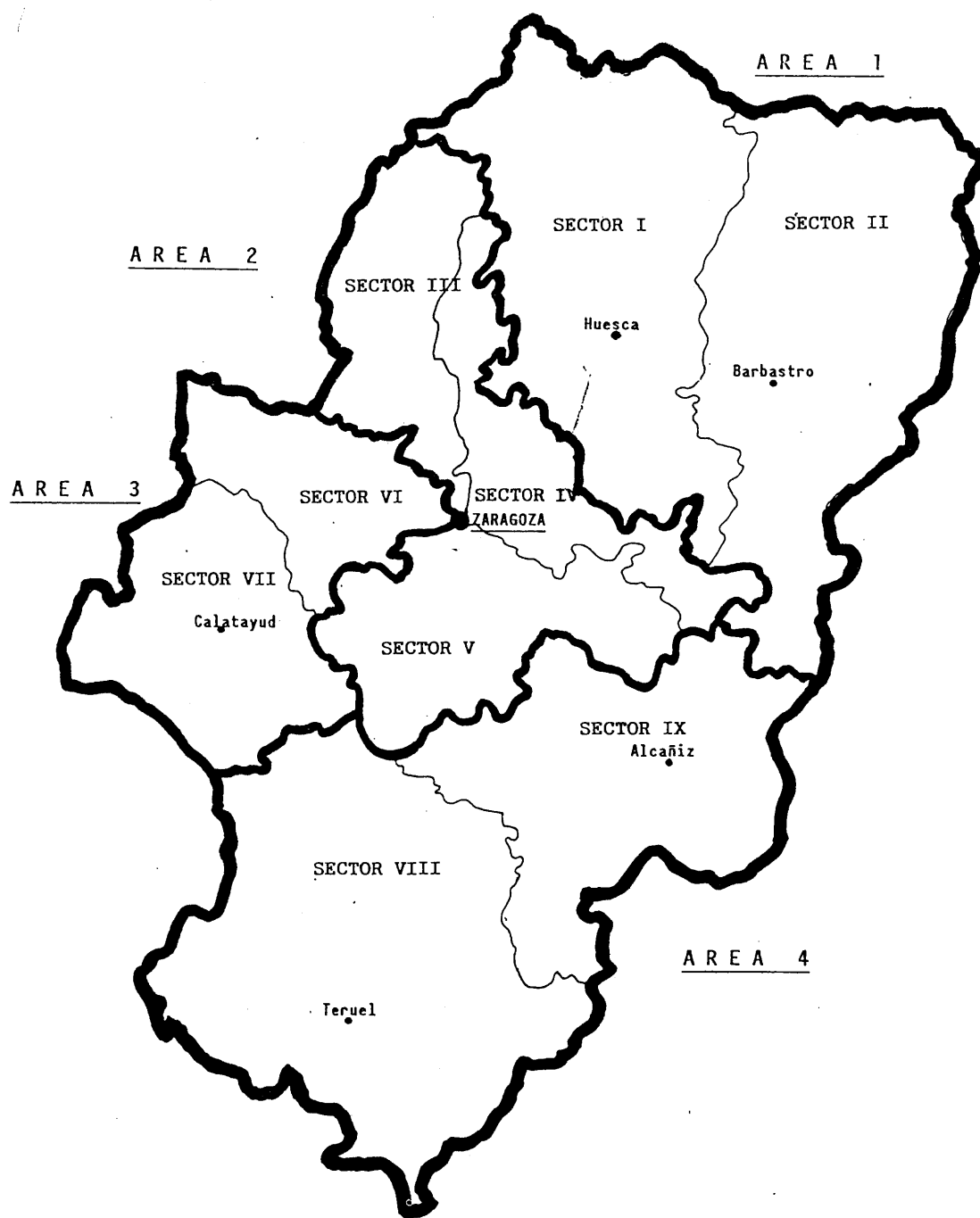


Fig. 1. Mapa sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Tabla I

POBLACION DEL SECTOR II DEL AREA 1 DE SALUD.

SOBRARBE	6.675
RIBAGORZA	12.828
BARBASTRO-MONZON	44.596
LA LITERA	20.860
BAJO CINCA	23.042
	<hr/>
TOTAL	107.901



Tabla II

DISTRIBUCION POR NUCLEOS DE POBLACION

HABITANTES	NUCLEOS URBANOS
< 500	77
500 - 1.000	14
1.000 - 5.000	23
> 5.000	4



cuatro cuentan con más de 5.000 habitantes. El 70% de la población vive en municipios con menos de 500 habitantes (4) (tabla II).

La población es estacionaria desde el punto de vista demográfico y considerada desde la perspectiva socioeconómica es fundamentalmente agraria.

Geográficamente, la población se distribuye en dos zonas bien delimitadas: la "pirenaica", escasamente poblada, con comunicaciones deficientes y a distancias del hospital que en algunos casos superan los 100 Km, y la zona de "Litera o Bajo Cinca", más poblada, mejor comunicada y con mayor desarrollo socioeconómico.

Existe, asimismo, una población "flotante" que llega a ser considerable en épocas vacacionales, influyendo decisivamente en los distintos Servicios del Hospital, incluyendo nuestro Servicio de Ginecología, pero no así en la Unidad Obstétrica si excluimos los abortos espontáneos.

CONTROL OBSTÉTRICO. RECOGIDA DE INFORMACIÓN UNIFICADA

El control obstétrico de las gestantes se realiza en tres unidades básicas: consulta externa del hospital (habitantes de Barbastro y zonas de influencia) y centros de especialidades de Monzón y Fraga (habitantes en sus respectivos municipios de influencia).

La historia clínica y el seguimiento asistencial están unificados. Los ocho facultativos especialistas de Área, integrados en la plantilla del Hospital de Barbastro, utilizan idénticos protocolos prenatales y el mismo modelo de historia clínica, que se remite al hospital tras la recogida de datos. Desde enero de 1986 se utiliza un formato codificado de recogida de datos que se cierra al alta hospitalaria excepto en los apartados de "Resultado perinatal" y "Complicaciones puerperales", que se cumplimentan en las consultas de revisión puerperal a los 40 días del parto. Retrospectivamente, se han añadido los datos de los partos anteriores a 1986, de tal forma que disponemos de la información codificada de todos los partos acaecidos en el hospital desde su apertura en 1984 (tabla III). Estos datos se almacenan en un ordenador PC utilizando el programa DBASE III de Asthon Tate, en 64 campos que proporcionan información sobre 204 variables.

APELLIDOS

NOMBRE

HISTORIA N.º:

EDAD:

PESO:

TALLA:

ESTADO CIVIL

PREPARACION PARTO

ABORTO

- Casada
- Soltera
- Separada
- Viuda

- No realiza
- Charla
- Ejercicios
- Postparto

N.º VISITAS PRENATALES:
N.º HOSPIT. PRENATALES:
DIAS ESTANCIA PRENATAL:

- No
- Diferido
- Incompleto
- Legrado
- Enf. Trofoblástica

GESTACIONES PARIDAD ABORTOS CESAREAS PRETERMINOS MALFORMADOS DEFICIENTES MUERTES PERINATALES ECTOPICOS

GESTACION

ESTATICA FETAL

OXITOCINA

RIESGO EN INGRESO O PARTO

- Curso normal.
- Diabetes.
- H. A. Crónica.
- H. A. Inducida Gestación.
- Hiperemesis Gravídica.
- Nefropatía.
- Cardiopatía.
- Endocrinopatía.
- Enf. pulmonar.
- Infección Urinaria.
- Anemia (Hb < 10).
- Isoinmunización Rh.
- C. I. R.
- Tumoración abdominal o pélvica
- Psiconeuropatías.
- Convulsiones.
- Drogas.
- Alcohol.
- Tabaco.
- Proceso febril.
- Traumatismo.
- Cirugía.
- Anomalía Pélvica.
- Incompetencia Cervical.
- Hidramnios/Oligoamnios.
- Infección con repercusión fetal.
- Medicación contraindicada.
- Amenaza Parto Pretermino.
- Metrorragia.
- Otra Patología.

- Cef. Occipucio.
- Cef. Sincipucio.
- Cef. Frente.
- Cef. Cara.
- Nalgas Simples.
- Nalgas + 1 pie.
- Nalgas + 2 pies.
- Transversa.
- Oblicua.

- No.
- Solo Expulsivo.
- Estimulación.
- Inducción.

OTRO INDUCTOR

- Prostaglandinas.
- S. Hipertónico.

- No.
- Embarazo prolongado (42 sem.).
- Parto Pretermino (< 37 sem.).
- Fiebre Intraparto.
- Deflexiones.
- Meconio.
- C. T. G. anormal.
- E. A. B. anormal.
- Cirugía uterina previa.
- Placenta Previa.
- Abruptio.
- Prolapso de cordón.
- Procidencia de brazo.
- Distocia de hombros.
- Desproporción pelvi-fetal.
- Ayuda expulsivo.

PESO FINAL GESTACION:

FECHA PARTO:

E. G.:

HORA:

PESO R. N.:

DUBOWITZ:

APGAR 1':

APGAR 5':

Número R. N.:

PESO PLACENTA:

Ph ARTERIA:

Ph VENA:

LATENCIA:

- Varón.
- Hembra.
- Indeterminado.

T. DILATACION:

T. EXPULSIVO:

SEXO:

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

- Ecografía.
- Amnioscopia.
- Amniocentesis.
- Radiopelvimetría.
- CTG AP Normal.
- CTG AP Anormal.
- Pose Normal.
- Pose Anormal.
- EAB IP Normal.
- CTG IP Normal.
- Dosificación hormonal.

TERMINACION PARTO

EPISIOTOMIA

ANESTESIA

- Cefálica Espontáneo.
- Ventosa.
- Forceps.
- Cesárea Cefálica.
- Cesárea Nalgas.
- Cesárea Transversa.
- Versión-Gran Extracción.
- Nalgas Espontáneo.
- Nalgas Ayuda Manual.
- Nalgas Maniobra Cabeza Ultima.
- Nalgas Forceps Cabeza Ultima.
- Kristeller.

- No.
- Medio lateral.
- Central.
- Otras.

- No.
- Local.
- Pudendos.
- Espinal.
- Epidural.
- General.
- Otras.

ALUMBRAMIENTO

- Espontáneo.
- Dirigido.
- Crede.
- Crede bajo anestesia.
- Extracción manual.
- Revisión intrauterina.
- Otros.

COMPLICACIONES PUERPERIO

- No.
- Fiebre (38) dos días.
- Complicación venosa.
- Endometritis.
- Sepsis puerperal.
- Dehiscencia.
- Seroma.
- Infección herida quirúrgica.
- Mastitis.
- Infección urinaria.
- Depresión postparto.
- Legrado.
- Complicación anestésica.
- Reingreso.
- Muerte materna.

COMPLICACIONES PARTO

- No.
- Hemorragia.
- Transfusión.
- Desgarro perineal I-II.
- Desgarro III.
- Desgarro IV.
- Desgarro cervical.
- Inversión uterina.
- Otras.

REANIMACION R. NACIDO

- Tipo 0.
- Grado I.
- Grado II.
- Grado III.
- Grado IV.

TIEMPO SUPERVIVENCIA

- < 1 día.
- 1-7 días.
- 8-28 días.
- > 28 días.
- Se desconoce.
- Traumatismo obstétrico.
- Anomalía congénita.

MUERTE PERINATAL

- No.
- Anteparto.
- Intraparto.
- Neonatal.

DIAS ESTANCIA PUERPERIO:

OBSERVACIONES:



Tabla III. Hoja de codificación del Hospital de Barbastro.

Estudio realizado

El material de estudio proviene de los 3.002 partos asistidos en el Servicio desde su implantación en septiembre de 1984 hasta enero de 1990. Todos han contado con la presencia de un ginecólogo y un pediatra. La recogida la ha efectuado siempre un ginecólogo del Servicio, a excepción del partograma y hoja de parto, que han sido cumplimentados por una matrona y supervisados por el ginecólogo que asistió al nacimiento. Analizamos la edad materna en el momento del parto, su estado civil, peso y talla, realización de preparación al parto, número de visitas prenatales, antecedentes obstétricos, gestaciones anteriores, paridad previa, consumo de alcohol y tabaco, drogodependencias, hospitalizaciones prenatales, ganancia ponderal, edad gestacional al parto, sexo del recién nacido, estancia hospitalaria postparto, grupos sanguíneos y factor Rh de madres e hijos.

RESULTADOS

Edad materna

La edad media de las mujeres en nuestro medio en el momento del parto es de 27'6 años, con un mínimo de 15 y un máximo de 46. Desviación estándar: 5'0817. En la tabla IV presentamos la distribución por edades.

Estado civil

El 97'7% de todas las parturientas asistidas durante los cinco años están casadas o conviven con una pareja estable. Un total de 69 mujeres (2'3%) son solteras o separadas o manifiestan no convivir con una pareja estable durante su embarazo.

Peso previo a la gestación

El peso medio habitual previo a la gestación es de 58'06 Kg, con un máximo de 115 y un mínimo de 35, siendo la desviación estándar de 8'7.

Talla

La talla media de las parturientas es de 158'96 cm, con un máximo de 185 cm, un mínimo de 140 cm y una desviación estándar de 6'03.

Preparación al parto

Realizan algún tipo de preparación al parto el 33'7% de las gestantes ("charlas" de preparación y/o ejercicios respiratorios con gimnasia maternal). En las tres unidades de control se oferta preparación maternal impartida por una matrona. La causa de que dos tercios de las mujeres no reciban ningún tipo de información-preparación en grupos puede estar ligada a la dispersión geográfica, a la excesiva distancia a la unidad de control y a la infraestructura vial deficiente anteriormente referidas.

Número de visitas prenatales

Aceptando como válida la recomendación de la práctica francesa (5), que establece en cuatro consultas prenatales el mínimo de visitas para considerar que un embarazo ha sido controlado médicamente, sólo el 3'94% de las parturientas de nuestro medio acuden al hospital con menos de cuatro controles médicos prenatales (tabla V). La media de visitas médicas durante cada embarazo es de 7'3, con un mínimo de 0, un máximo de 19 y una desviación estándar de 2'3.

Antecedentes obstétricos

El 43'96% de las parturientas alumbran su primera gestación, mientras que el 56'04% habían estado alguna vez embarazadas.

El 14'35% de las embarazadas no primigestas tuvieron al menos un aborto anterior a la gestación actual.

El 51'69% de las parturientas son primíparas en el momento del parto.

En el 2'1% de las gestantes controladas existe antecedente de muerte perinatal. Este porcentaje asciende al 3'92% si acotamos la muestra a las mujeres no primigestas.

A un 4'11% del total de las gestantes se les ha practicado intervención cesárea previamente al embarazo actual. Eliminando las primigestas, el porcentaje asciende al 7'34%.

EDAD MATERNA

	N	%
< 20 AÑOS.	117	3.90
20-29 AÑOS.	1956	65.16
30-39 AÑOS.	859	28.60
> 39 AÑOS.	70	2.34

TABLA IV

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES

	N	%
> CUATRO VISITAS	118	3.94
< TRES VISITAS	2840	96.06

TABLA V

GANANCIA PONDERAL

	PESO PREVIO	PESO FINAL	GANANCIA PONDERAL
MEDIA	58.06	68.75	10.69
MINIMO	35	46	-7
MAXIMO	115	121	30
DS.	8.70	8.69	3.67

TABLA VI

Consumo de alcohol y tabaco

Un 26'6% del total de gestantes fuma cinco o más cigarrillos al día durante su embarazo, porcentaje ligeramente inferior al de los países europeos según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (6) y similar al de los núcleos urbano-industriales de nuestro país (7).

El 11'09% de las gestantes controladas manifiesta ingerir al menos un vaso de vino en cada una de las dos comidas principales durante su embarazo.

Tóxicos y drogas

Han empleado algún tipo de *medicación contraindicada* durante su embarazo el 1'03% de las gestantes.

Hemos asistido a cuatro embarazadas heroinómanas. Tres de ellas, con síndrome clínico de abstinencia, han sido tratadas con metadona. No podemos ofrecer porcentajes fiables de adicción a drogas "duras" o "blandas", dada la negativa general de las pacientes a reconocer su dependencia, habitualmente por miedo al rechazo social.

Hospitalización prenatal

Nuestro porcentaje de hospitalización prenatal (10'9% de las gestantes) es excesivamente alto (8). Pacientes con patologías que no requieren estrictamente ingreso hospitalario, sino seguimiento ambulatorio más o menos frecuente (metrorragias leves del primer trimestre, falsos trabajos de parto, etc.), han de ser ingresadas en ocasiones, ya que las distancias al domicilio habitual de las pacientes y las deficientes carreteras hacen invertir hasta dos horas en el desplazamiento al hospital.

Ganancia ponderal

El peso medio de las mujeres al concluir su gestación es de 68'75 Kg, con un máximo de 121 y un mínimo de 46 Kg, siendo la desviación estándar de 8'69.

La ganancia media de peso durante el embarazo es de 10,69 Kg, con un máximo de 30 Kg y un mínimo de -7 Kg, siendo la desviación estándar de 3'67 (tabla VI). La ganancia ponderal media es similar a la comunica-

EDAD GESTACIONAL

	N	%
< 37 Semanas.	108	3.61
37-42 Semanas.	2706	90.12
> 42 Semanas.	188	6.27

TABLA VII

GRUPOS SANGUINEOS

	MADRES	HIJOS
GRUPO A	46.59 %	44.04 %
GRUPO B	8.41 %	7.71 %
GRUPO O	42.12 %	45.15 %
GRUPO AB	2.88 %	3.10 %
Rh POSITIVO	82.29 %	79.78 %
Rh NEGATIVO	17.71 %	20.22 %

TABLA VIII

da por la mayoría de los autores en entornos socioeconómicos muy diferentes (9, 10, 11, 12).

Edad gestacional al parto

El 3'61% de las gestaciones concluye antes de la 37.^a semana; el 90'12% finaliza entre las semanas 37.^a y 42.^a, y el 6'27% sobrepasa la 41.^a semana completa (tabla VII).

La cifra de partos pretérmino es sensiblemente inferior a la comunicada por ORDAS (13) para los hospitales de la Seguridad Social. Por deficiente dotación de recursos (14, 15) no disponemos de unidad de Perinatología con las suficientes garantías de calidad y las amenazas de parto pretérmino con peso fetal calculado inferior a 1.500 g son remitidas al hospital regional de referencia si no responden al tratamiento tocolítico.

tableta sexo recién nacido

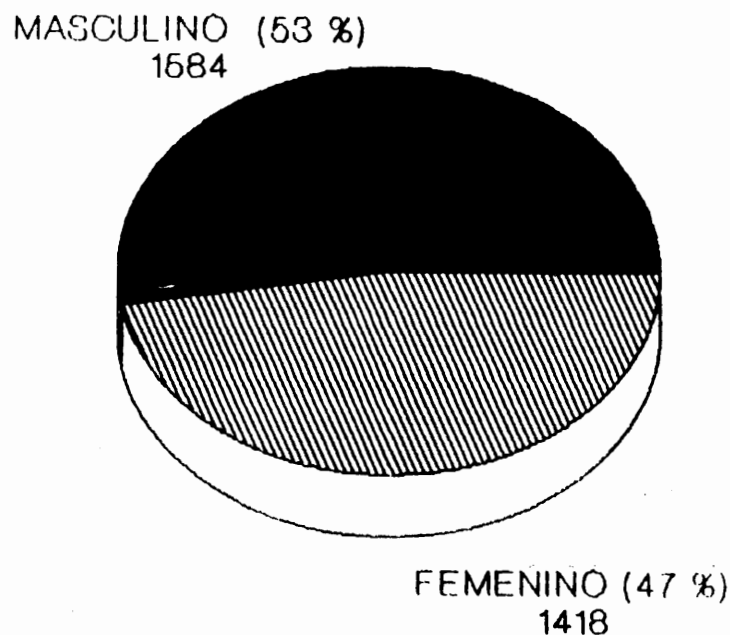


Fig. 2. Sexo del recién nacido (3.002 nacimientos).

Sexo del recién nacido

El 52'78% de los nacidos son varones y el 47'22%, niñas (fig. 2).

Estancia puerperal

La media de estancia hospitalaria postparto es de 3'69 días, con un máximo de 21 días y un mínimo de 1 día. Desviación estándar: 1'93.

Las mujeres que han dado a luz por vía vaginal permanecen una media de 3'21 días en el hospital, mientras que las que han alumbrado mediante cesárea tienen una estancia media puerperal de 7'29 días.

Grupos sanguíneos y factor Rh

En la tabla VIII presentamos la distribución en porcentajes de los diferentes grupos sanguíneos de las madres e hijos, así como del factor Rh.

COMENTARIOS

La reforma sanitaria en desarrollo en nuestro país contempla la potenciación de la asistencia hospitalaria en Áreas sanitarias con dos fines sanitarios prioritarios: evitar la masificación de los grandes centros regionales y acercar la atención médica a los potenciales usuarios.

La información disponible sobre el funcionamiento de los hospitales de ámbito comarcal parece escasa y puede dificultar la planificación de la asistencia.

Los datos que presentamos son exponentes de las posibilidades de un hospital de ámbito comarcal, con las peculiaridades de localización y funcionamiento descritas con anterioridad.

Es destacable la dispersión de la población asistida y las distancias de los núcleos urbanos al hospital, que superan en muchos casos los 100 Km, con un tiempo invertido en la llegada al hospital que puede sobrepasar las dos horas en invierno. A pesar de ello, la infraestructura sanitaria nos permite la prevención de patologías y la promoción de la salud, como lo prueba la media de visitas durante el embarazo, superior a las siete visitas establecidas como ideales por la O.M.S. para un buen control médico del

embarazo, y el hecho de que el 96'06% de las 3.002 parturientas haya dado a luz con más de cuatro controles médicos durante su gestación, porcentaje muchas veces inalcanzable en áreas más pobladas (16, 17, 18).

En cuanto a los datos básicos recogidos, la edad media de las parturientas, antecedentes obstétricos, consumo de tabaco y alcohol, talla, peso, ganancia ponderal, sexo del recién nacido y días de permanencia hospitalaria, son similares a los de otros hospitales de la Seguridad Social, incluso a los de las áreas metropolitanas más pobladas de este país, mientras que existen diferencias en las variables preparación al parto, número de visitas prenatales, hospitalización prenatal y edad gestacional al parto, como hemos expuesto previamente. La proporción de grupos sanguíneos y factor Rh es una característica de la población local que nos plantea un estudio no sesgado de la población total de nuestra Área sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Censo Oficial de la Provincia de Huesca*. 1988.
2. *Organigrama de Áreas, Sectores y Zonas de Salud de la Comunidad Autónoma de Aragón*. Noviembre. 1986.
3. *Memoria del Hospital de Barbastro*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. 1988.
4. *Anuario Estadístico Aragonés*. Diputación General de Aragón. 1987.
5. C. RUMEAU-ROUQUETTE, G. BREART, C. MAUZABRUN, M. CROST & Y. RABARISON: Évolution de la pathologie périnatale et de la prévention en France. *J Gyn Obs Biol Reprod*, 7: 905.
6. O.M.S.: *Consecuencias del tabaco para la salud*. Serie de Informes Técnicos de la Organización Mundial de la Salud. N.º 568.
7. M. PRADA, E. CRUZ & A. ALEGRE: *Consumo de tabaco y gestación. Estudio clínico de sus consecuencias*. Progr Obstet Ginecol. 26-1. 1983.
8. A. ALEGRE VILLARIZ: Tesis Doctoral. *Repercusiones del trabajo materno sobre las complicaciones de la gestación y los resultados perinatales*. 1981.
9. CALDEYRO BARCÍA: Simposio *La nutrición de la madre en relación con los resultados del producto de su embarazo: el nuevo ser humano*. Barcelona. 1980.

10. L. CHESLEY & J. ANNITO: Pregnancy in patients with hypertensive disease. *Am J Obstet Gynecol*, 53: 372.
11. K. SOZUKI: Ganancia ponderal durante el embarazo. *IX Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología*.
12. J. SINGER, M. WESTPHAL & K. NISWANDER: Relationship of weight gain during pregnancy to birth weight and infant growth and development in the first year of life. *Obstet Gynec*, 31: 417-423.
13. J. ORDAS, J. USANDIZAGA & A. GONZÁLEZ: La asistencia obstétrica en 18 hospitales de la Seguridad Social española durante 1976. *Act Obs Gin Hisp-Lus*, 26: 133-165.
14. J. SIERRA y cols.: Asistencia pediátrica en un hospital comarcal. Experiencia de dos años. *Boletín de la Sociedad Aragonesa de Pediatría*. 1987.
15. X. ALLUÉ & P. LORÉN: La asistencia pediátrica en el hospital comarcal. *An Esp Pediatr*, 14: 219-225.
16. G. RYAN, P. SWEZENCY & A. SOLOLA: Prenatal care and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol*, 137: 876-881.
17. L. TEJERIZO y cols.: Algunos factores que influyen en el peso del recién nacido. *Act Gynecol*, 33: 321.
18. N. KAMINSKI y cols.: Enquête sur un échantillon représentatif des naissances en France. *Rev Épidém et Santé Publ*, 26: 29-46.