

Aspectos epidemiológicos del parto en una población Kaqchikel en Guatemala

David Fernando Dávila Cisneros¹, Miguel Giovanni Montenegro Méndez²

¹Estudiante de Medicina, Universidad Francisco Marroquín

²Ginecología y Obstetricia

Fecha de envío: 25/07/2019

Fecha de aceptación: 25/08/2019

Fecha de publicación: 31/12/2019

Citación: Dávila, D.F., Montenegro, M. Aspectos epidemiológicos del parto en una población Kaqchikel en Guatemala. *Rev. Fac. Med.*, (2019), 1(27), II Época, Jul-Dic. pp. 24-30

Tipo de revisión: con revisión por dos pares revisores externos

DOI: <https://doi.org/10.37345/23045329.v1i27.56>

Correo electrónico: dfdavila@ufm.edu

ISSN: 2304-5353 (digital), 2304-5329 (impreso).

RESUMEN

Introducción: La atención de recién nacidos en centros de salud del área rural se centra en partos eutócicos sin complicaciones. Al detectar condiciones distócicas son referidas a centros asistenciales de tercer nivel como una emergencia. **Objetivo:** El principal objetivo de este estudio es caracterizar epidemiológicamente a pacientes embarazadas para resolución del parto, determinando así cuántas resolvieron el parto vía vaginal, a cuántas se les realizó episiotomía medio lateral derecha y cuántas fueron referidas a un centro asistencial de tercer nivel. **Metodología:** Estudio descriptivo con una muestra de 786 pacientes en el Centro de Salud Bárbara (CSB) para resolución del trabajo de parto de enero de 2017 a diciembre de 2018. Se excluyó a 71 pacientes por no cumplir con criterios de inclusión. **Resultados:** De los 715 casos analizados, 36 fueron referidos por indicación de cesárea, a 102 se les realizó episiotomía durante el trabajo de parto y 671 tuvieron un parto eutócico simple. **Conclusiones:** Las pacientes primigestas tienen más del 50% de probabilidad de necesitar episiotomía que una con más de una gesta. Una paciente primigesta tiene el doble de probabilidad de ser referida por una complicación obstétrica durante el trabajo de parto que una paciente con una o más gestas. El 10% de pacientes con talla ≤ 140 cm, fueron referidas por posibilidad de complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto.

Palabras clave: episiotomía, cesárea, parto eutócico simple.

ABSTRACT**Epidemiologic aspects of childbirth in a Kaqchikel population in Guatemala**

Introduction: Newborn delivery in rural health centers focuses on uncomplicated vaginal deliveries. When dystocia is detected, patients are referred to a tertiary level of care center as emergencies. **Objective:** The main objective of this survey was to identify types of delivery determining how many pregnancies were resolved as vaginal deliveries, how many underwent episiotomy and how many were referred to a tertiary level of care center. **Methodology:** Descriptive study with a sample of 786 patients at the Barbara Health Center (CSB) for pregnancy resolution from January 2017 to December 2018. **Results:** Out of the 715 cases analyzed, 36 were cesarean sections, 102 underwent episiotomy during labor and 671 had an uncomplicated vaginal deliveries. **Conclusions:** Primiparous women have more than a 50% chance of requiring an episiotomy than those with more than one pregnancy. A primiparous patient is twice more likely to be referred for an obstetric complication during labor than a patient with one or more pregnancies. 10% of patients with a height ≤ 140 cm were referred for the possibility of obstetric complications during labor.

Keywords: episiotomy, caesarean section, uncomplicated vaginal delivery.

INTRODUCCIÓN

El principal objetivo de este estudio es caracterizar epidemiológicamente a pacientes embarazadas que hayan asistido al Centro de Salud Bárbara (CSB) para resolución del parto, determinando así cuántas resolvieron el parto vía vaginal, a cuántas se les realizó episiotomía y cuántas fueron referidas a un centro asistencial de tercer nivel para resolución del parto por indicación médica. En el año 2014, se registró, dentro de una distribución de mujeres de 15 a 49 años, que el 62% de los nacimientos fueron atendidos por un médico, 29% por comadrona o partera tradicional y 5.2% por una enfermera. El 3.6% de los casos fueron atendidos por familiares, curanderos u otros individuos. La mayoría de los partos fueron atendidos en hospitales públicos (47%) y en casa (30%). En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) se atendieron al 8.6% de los nacimientos, y en hospitales o clínicas privadas al 6.1%. En el 2014, el total porcentual de cesáreas fue de 22.7%, de las cuales 11.8% fueron realizadas a mujeres indígenas y 30.8% en mujeres ladinas ¹.

El parto eutócico simple es definido por la Organización Mundial de la Salud como un parto espontáneo, de bajo riesgo al empezar y que continúa así por el resto del trabajo de parto y del nacimiento con el feto en posición cefálica entre las 37 y 42 semanas de embarazo ². Se define cesárea

como el procedimiento quirúrgico que permite la extracción del feto (vivo o muerto) y placenta a través de una incisión realizada en las paredes abdominal y uterina materna. Es el procedimiento quirúrgico más común en los Estados Unidos donde se realizan más de 1.2 millones de cesáreas anualmente y comprenden un tercio de los nacimientos totales en el país ^{3,4}. Diversas organizaciones han sugerido reducir el número de intervenciones innecesarias a través de acciones alternativas como el pedir una segunda opinión, realizar más estudios acerca de pruebas de parto en pacientes con historia de cesárea previa, dar soporte continuo durante el trabajo de parto y mejorar la preparación de los padres para el trabajo de parto ⁵.

La episiotomía consiste en el alargamiento quirúrgico del aspecto posterior de la vagina por una incisión en el periné al final de la segunda etapa del trabajo de parto ⁶. Típicamente, la incisión es medio lateral debido al menor número de complicaciones. La decisión de realizar una episiotomía depende del criterio del médico atendiendo el parto. No existen situaciones específicas en las que la episiotomía sea esencial ⁷. Es de suma importancia indagar en los datos epidemiológicos del trabajo de parto en este grupo ya que brinda información valiosa para adecuar los servicios obstétricos ofrecidos al estándar de cuidado médico.

METODOLOGÍA

El objetivo general del estudio fue el determinar la incidencia de episiotomías durante la atención del parto; la cantidad de referencias a centros asistenciales de tercer nivel por complicaciones durante el trabajo de parto; y la incidencia de partos eutócicos simples atendidos en el CSB de enero de 2017 a diciembre de 2018. Se utilizaron datos cuantitativos discretos respecto a la epidemiología del parto para realizar un diseño experimental descriptivo retrospectivo.

Los datos obtenidos se trabajaron con números absolutos y porcentajes con una muestra de 786 pacientes y un $\alpha = 0.05$. Los criterios de inclusión para el estudio fueron mujeres de la etnia maya descendientes kaqchikel con expediente de seguimiento en el CSB por parto eutócico simple, referencia por indicación obstétrica o realización de episiotomía durante el trabajo de parto. Los expedientes muestran atención previa con más de 2 años de antigüedad de parto anterior, con o sin episiotomía y mujeres cuyo parto no fue atendido en CSB. Mujeres con dos apellidos latinos no fueron incluidas en el estudio.

RESULTADOS

Se analizó un total de 786 casos, de los cuales 71 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión. En total 36 pacientes fueron referidas, 671 tuvieron un parto eutócico simple y a 102 pacientes se les realizó episiotomía. Hubo 344 recién nacidos de sexo masculino y 334 femenino.

La media de edad de las pacientes fue 26 años. La edad mínima fue de 18 años, mientras que la edad máxima fue de 46 años. La media de gestas fue de 3, con un mínimo de 1 gesta y un máximo de 11. En cuanto a partos, la media fue de 2, con un mínimo de 0 y un máximo de 10. La cantidad máxima de abortos fue de 2. El peso materno analizado en 645 casos, tiene una media de 135 lb, con un mínimo de 83 lb y un máximo de 228 lb. La talla en 669 casos, con media de 146 cm, con un mínimo de 110 cm y un máximo de 167 cm.

El número de primigestas con episiotomía fue de 96, mientras que el total en no primigesta fue de 6. El total de primigesta sin episiotomía fue de 58 y de no primigesta fue de 555 ($P = 0.0001$). El total de pacientes primigestas fue de 153, de las cuales 14 fueron referidas. El total de pacientes con más de una gesta fue de 562 y 23 fueron referidas ($P = 0.0213$). El total de pacientes referidas por talla baja (≤ 140 cm) fue de 5, el total de no referidas 54; referidas con una talla >140 cm 15, y las no referidas 594 ($P = 0.0250$).

La desproporción cefalopélvica fue la primera causa de referencia durante el trabajo de parto, con un total de 15 pacientes (41.7%). La distocia dinámica fue la segunda causa de referencia con un total de 10 pacientes (27.8%). El sufrimiento fetal agudo, junto a meconio espeso forman la tercera causa de referencia con 4 referidas tanto para sufrimiento fetal agudo, como para meconio espeso con un porcentaje de 22.2% entre ambos.

DISCUSIÓN

Al evaluar la relación entre gestas y episiotomías, se encontraron hallazgos estadísticamente significativos ($P = 0.0001$) indicando que una paciente primigesta tiene mayor probabilidad de que le realicen una episiotomía que una paciente con más de una gesta. El total porcentual de episiotomías es de 14% en el CSB, del cual 13% está conformado por paciente primigesta. Las indicaciones para la misma no son estandarizadas en el CSB y están a criterio del médico que atiende el parto. El 21% de los casos del estudio están conformados por primigestas, de las cuales el 61% tienen episiotomía medio lateral derecha, lo que significa que, a más de la mitad de las primigestas se les realizará episiotomía.

Se encontró una relación estadísticamente significativa ($P = 0.0213$) entre gestas e indicación de referencia a centros asistenciales de tercer nivel. Esto sugiere que una paciente primigesta tiene, aproximadamente, el doble de probabilidad de ser referida por una complicación obstétrica durante el trabajo de parto que aquellas con una o más gestas.

La relación entre talla e indicación de referencia a centros asistenciales de tercer nivel fue estadísticamente significativa ($P = 0.0250$). El 10% de pacientes con talla ≤ 140 cm se refirieron por complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto, dato que vale la pena considerar en estudios venideros, siendo la primera causa de referencia la desproporción cefalopélvica. El resultado justifica la referencia de todas las pacientes con una talla menor o igual a 140 cm, independientemente del número de embarazos.

La segunda causa de referencia es la distocia dinámica, fenómeno que podría explicarse debido a la mala atención de la paciente parturienta previo a su llegada al CSB. El sufrimiento fetal agudo y meconio espeso se encuentran estrechamente relacionados y son complicaciones manejables por médicos experimentados y el equipo adecuado. Son la culminación de muchos factores, incluyendo el mal control prenatal, manejo del trabajo de parto inadecuado o por personal poco capacitado, entre otros. Más estudios son necesarios para apoyar las observaciones anteriormente mencionadas ⁶. Se identificó un aumento de paridad a partir de los 25 años, habiendo muy pocas pacientes primigestas mayores de 25 años. Además, los embarazos de alto riesgo, definidos como mujeres gestantes mayores de 35 años, no son poco comunes. Es evidente que la población Kaqchikel es de talla corta, con un promedio de 146 cm. Esto, acompañado de que el promedio tiene sobrepeso y puede alcanzar la obesidad mórbida, aumenta el riesgo obstétrico de forma significativa. El índice de masa corporal promedio es de 28, lo cual demuestra que en promedio tienen sobrepeso.

CONCLUSIONES

De los 715 casos analizados, 36 fueron referidos por indicación de cesárea durante el trabajo de parto, a 102 se les realizó episiotomía y 671 tuvieron parto eutócico simple. Las primigestas atendidas tienen más del 50% de probabilidad de que les realicen una episiotomía comparado con pacientes con más de una gesta. Una primigesta atendida en el CSB tiene el doble de probabilidad de ser referida por una complicación obstétrica durante el trabajo de parto que una paciente con una o más gestas. El 10% tienen talla ≤ 140 cm y serán referidas por complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto.

REFERENCIAS

- 1) Instituto Nacional de Estadística. (2014, 26 febrero). Caracterización de la República de Guatemala.
<https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/02/26/15pnhmxzy5ffwmk9nherk9x7e5qqvvy.pdf>
- 2) World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*, 1997, June; 24(2): 121-123. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1997.tb00352.x>
- 3) Pfuntner, A., Wier, L.M., Stocks, C. Most Frequent Procedures Performed in U.S. Hospitals, 2011. Oct. 2013 In: *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2006 Feb.; Statistical Brief #165. Bookshelf ID: [NBK174682](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK174682/) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24354027/>
- 4) Martin, J.A., Hamilton, B.E., Osterman, M.J.K., Driscoll, A.K., Drake, P. Births: Final Data for 2016. *Natl Vital Stat Rep*. 2018 Jan; 67(1): 1-55.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29775434/>
- 5) Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D.Y., Barros, A.J.D., Barros, F.C., Juan, L., Moller, A.B., Say, L., Hosseinpoor, A.R., Yi, M., de Lyra Rabello Neto, D., Temmerman, M. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*. 2018, Oct. 13; 392(10155): 1341-1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
- 6) Carroli, G. C., & Mignini, L. M. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* – *Review-Intervention*. 2009, 21 enero.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub2>
- 7) Brunt, I. Normal Birth. *Perm. J.*, 2005, Winter; 9(1): 96-98. <https://doi.org/10.7812/TPP/04-125>

Conflicto de intereses: No existen conflictos de intereses con terceros. Los autores declaran no tener vínculo alguno con compañías farmacéuticas productoras o comercializadoras. No hubo patrocinio alguno para efectuar el presente estudio

Copyright © 2019 David Fernando Dávila Cisneros y Miguel Giovanni Montenegro Méndez



Esta obra se encuentra protegida por una licencia internacional [Creative Commons 4.0 \(CC BY-NC-SA 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/). Usted es libre de: **Compartir** – copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. **Adaptar** – remezclar, transformar y construir a partir del material. La licenciente no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la [licencia](#). Bajo los siguientes términos: **Atribución** – Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciente. **No comercial** – Usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales. **Compartir igual** – Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original. **No hay restricciones adicionales** – No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia. [Texto completo de la licencia](#)