

ATENCIÓN DEL PARTO PROYECTADA A LA COMUNIDAD

Experiencia en 10 años: 1958-1968

DRS. A. CRISANTO - F. JORDAN - G. KLEIN *

DRS. H. AQUIJE - V. YENQUE - C. VELASCO. **

INTRODUCCION

Al presentar este trabajo a vuestra consideración nos anima únicamente el afán de mostrar algunos aspectos de un sistema de atención obstétrica proyectada a la Comunidad, que tuvo lugar en Lima entre los años 1958 y 1968, que fue llevada a cabo por una Institución creada por el Gobierno de ese entonces con fines benéficos de asistencia Médica y Social bajo la denominación de ASISTENCIA SOCIAL "SANTA ROSA", uno de cuyos departamentos, el llamado Departamento de la Madre y el Niño, tenía como función el cuidado prenatal, la atención del parto y el puerperio tanto en domicilio como en el Hospital según fuere necesario mediante un sistema de selección de casos.

Hemos realizado un análisis de este sistema que cubre un lapso de 10 años de atención con un volumen de 24,998 partos, con el propósito de sacar conclusiones que puedan servir como contribución a la solución de la problemática actual que afronta el Programa de Atención a la Madre y el Niño del Ministerio de Salud, cual es por un lado la escasez de recursos en camas hospitalarias y por otro, consecuencia lógica del problema anterior, la atención del parto por empíricos.

Sabemos que más de la mitad de la población de nuestro país está constituida por mujeres en edad maternal, gestantes o no que requieren de atención profesional y que las camas de los servicios gineco-obstétricos no son suficientes, y que esta situación continuará por un tiempo indeterminado dado el índice de crecimiento de nuestra población.

Esta Institución funcionaba dando servicio gratuito para todo Lima y en forma preferencial para los habitantes de los hoy llamados Pueblos Jóvenes, cumpliendo una triple función:

- 1º Servicio Social Familiar
- 2º Hogar Transitorio del Niño
- 3º Departamento de la Madre y el Niño.

El servicio social a cargo de un plantel de Asistentes Sociales que eran encargadas de dar solución en forma constructiva a todos los problemas socio-económicos que se suscitaban en el seno familiar.

El hogar transitorio del niño destinado a albergar transitoriamente a niños de ambos sexos, desde los tres meses hasta los doce años de edad con capacidad para 400 niños aproximadamente, previo examen médico los niños de madres en trance de dar luz o con problemas de cualquier índole, eran admitidos en este departamento.

El departamento de madre y niño tenía como función la atención de la madre gestante desde los siete meses hasta concluir el puerperio, y del recién nacido hasta los seis meses, de edad.

Planta Física y Recursos

Una planta física u hospital que contaba con dos salas de hospitalización con doce camas en total; tres camas de recuperación y dos camas de trabajo de parto, una

* Médicos Residentes

** Médicos Asistentes

sala de operaciones, 20 cunas, 8 incubadoras; se contaba además con un laboratorio de análisis clínicos y banco de sangre, servicio de rayos X, un servicio de odontología y un botiquín de farmacia y 3 ambulancias.

Recursos Humanos.

Se contaba con 8 médicos gineco-obstetras, 1 radiólogo, 2 pediatras, 18 obstetrices, 18 auxiliares de enfermería, 7 enfermeras y 4 choferes.

Sistema de Atención a la Gestante.

Al presentarse la madre a solicitar atención por la Central de Asistencia Social, era inscrita anotándose los datos pertinentes, e inmediatamente después se notificaba a la asistente social para que realizara la visita domiciliaria e informase sobre el caso, realizándose en esta oportunidad una evaluación del estado socio-económico de la paciente y además del ambiente, viendo la posibilidad de realizar el parto domiciliario.

Una vez aceptada la paciente, se le efectúan los exámenes pertinentes al control pre-

natal, donde el médico confeccionaba la respectiva historia clínica y realizaba la selección de los casos a atender en el hospital de acuerdo a determinado orden de prioridades; incluyendo aquí a aquellas pacientes cuyo domicilio no reunía las condiciones mínimas exigidas para la atención del parto.

Al recibir la llamada nuestro hospital sobre el aviso del inicio del parto, se ordenaba a una obstetrix y a una auxiliar de enfermería, quienes se dirigían en una ambulancia al domicilio de la paciente, llevando la historia clínica, un morral conteniendo un equipo de atención de parto, medicinas, soluciones antisépticas y, en la mayoría de los casos, un ajuar para el bebé. Cuando era necesario ante la posibilidad de una distocia, la paciente era trasladada en la ambulancia inmediatamente al hospital donde era atendida por los médicos residentes. Los desgarros eran suturados en domicilio por los médicos residentes.

La administración de esta Institución estaba encomendada a las religiosas de la Congregación de Misioneras Franciscanas del Divino Pastor.

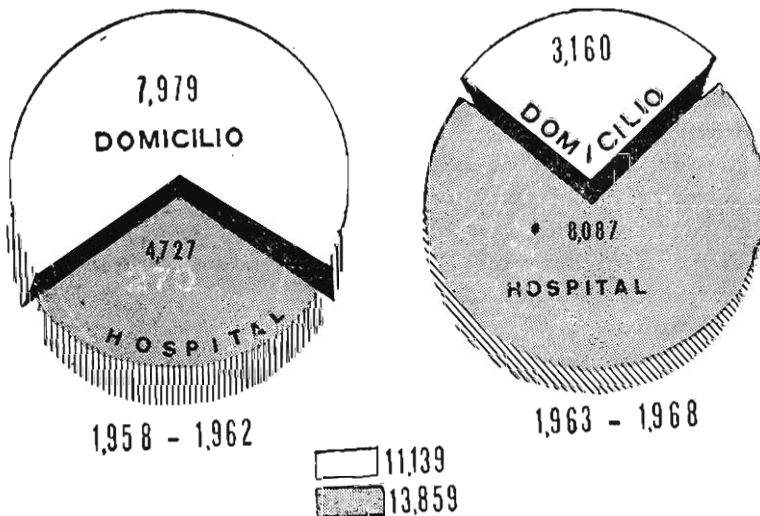


Fig. 1

1958-1968

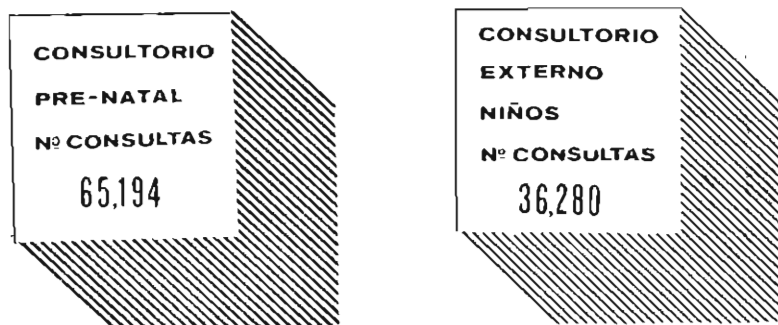


Fig. 2

PARTO EN DOMICILIO 1958-1968

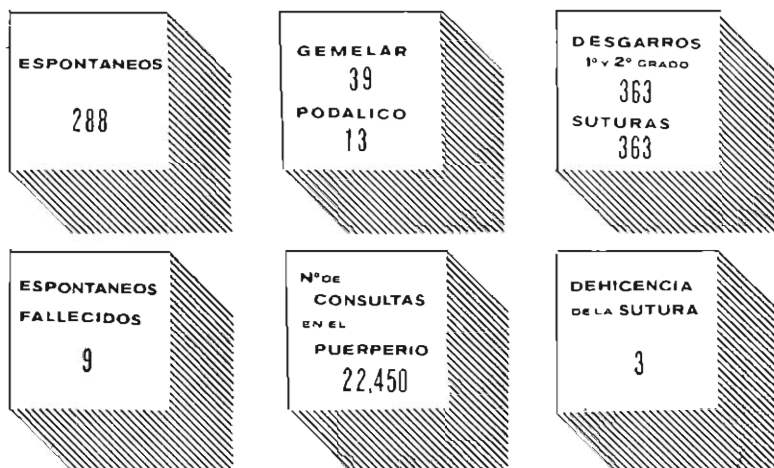


Fig. 3

1958-1968

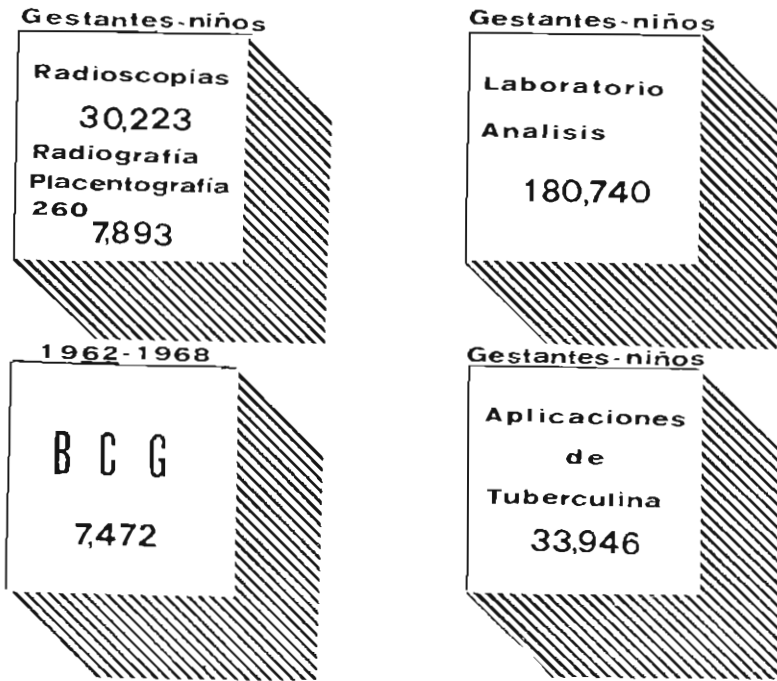


Fig. 4

INTERVENCIONES OBSTETRICAS 1958-1968

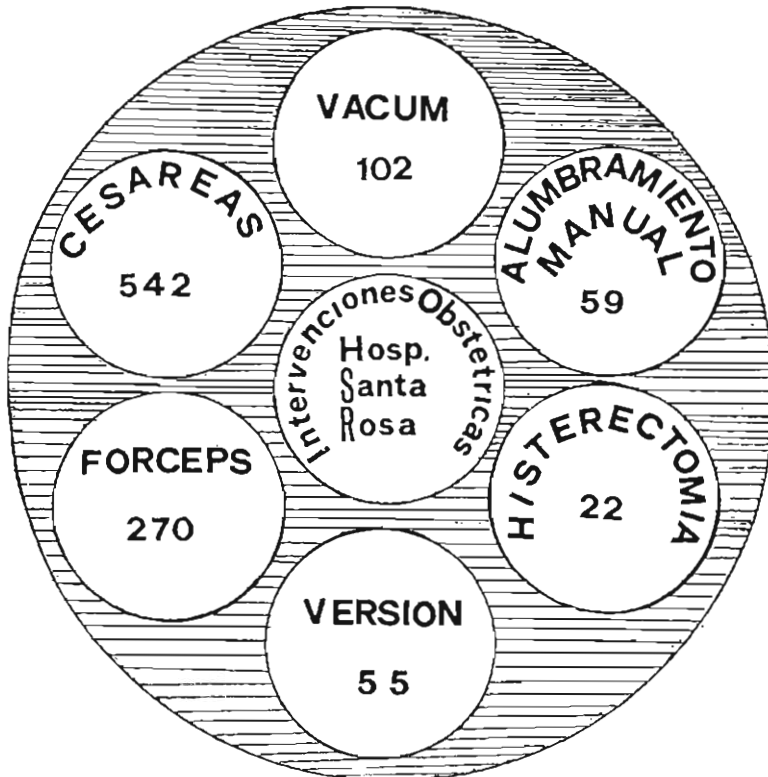


Fig. 5

VACUM EXTRACTOR
Altura de la Presentación

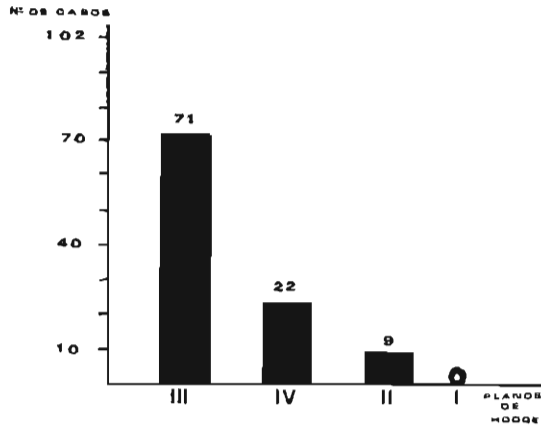


Fig. 6

1958-1968 = 24,996 PARTOS

22 RUPTURAS UTERINAS

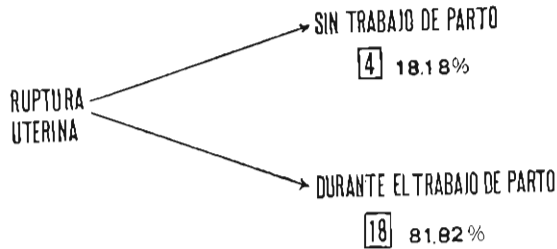


Fig. 7

OPERACION CESAREA 1958-1968



CESAREADA ANTERIOR
Evolución de Parto

	CA	RC	PV	
1958 a 1963	235	98	137	58 %
1964 a 1968	183	125	58	32 %
Total	418	223	195	47 %

Fig. 8

HOSPITAL MATERNO INFANTIL "SANTA ROSA"						
MORTALIDAD MATERNA						
CASO	FECHA	NOMBRE	EDAD	PARIDAD	DIAGNOSTICO	FACTOR CONDICIONANTE
1	30.9.58	M.V.G.	34	G10	RUPTURA UTERINA	CESAREA ANTERIOR
2	13.3.59	E.F.T.	29	G2	ECLAMPSIA	
3	24.11.59	L.R.G.	35	G6	RUPTURA UTERINA	VERSION INTERNA
4	31.10.60	V.A.M.	31	G6	ABRUPTIO PLACENTÆ	PRECLAMPSIA
5	22.4.62	D.B.M.	24	G4	ECLAMPSIA	
6	4.9.65	J.L.R.	28	G2	ANEMIA AGUDA	RETENCION DE PLA-CENTA
7	8.6.66	M.G.P.	30	G3	BRONCONEUMONIA	CESAREA
8	27.2.67	R.R.E.	25	G4	BRONCONEUMONIA	CESAREA
9	2.4.67	F.M.C.	30	G1	PARO CARDIACO	PARTO NORMAL
10	12.6.68	V.M.G.	28	G5	ATROFIA AMARILLA	HIPERMESIS GRAVI-DICA.
11	30.3.68	D.V.S.	29	G4	INSUFICIENCIA CARD.	PRECLAMPSIA SEVERA
12	11.5.68	L.G.D.	41	G7	BRONCONEUMONIA	ETATUS EPILEPTICUS. GESTACION 5 MESES.
13	22.7.68	F.S.R.	26	G3	MENINGITIS	T.B.C. Y ANEMIA

Fig. 9

HOSPITAL "SANTA ROSA"										
TASA DE MORTALIDAD FETAL TARDIA NEONATAL Y PERINATAL										
EN RELACION AL NUMERO DE PARTOS										
ATENDIDOS EN DOMICILIO Y HOSPITAL										
1958 - 1968										
AÑO	DOMICILIO					HOSPITAL				
	PARTOS	MFT	TASA	MN	TASA	PARTOS	MFT	TASA	MN	TASA
1958	2,448	3	1.22	19	7.76	1,064	13	12.21	19	17.86
1959	2,347	2	0.85	10	4.26	1,094	12	1.1	20	19.07
1960	1,431	2	1.4	5	3.49	839	16	1.79	14	16.69
1961	887	2	2.25	1	1.13	814	4	4.91	6	7.37
1962	866	1	1.15	2	2.31	862	3	3.48	14	16.24
1963	855	1	1.29	3	3.51	1,065	7	6.57	12	11.27
1964	700	1	1.42	7	1.00	1,030	6	5.83	12	11.65
1965	601			1	1.66	1,029	1	0.97	8	7.77
1966	518	1	1.93	3	5.79	1,282	7	5.46	13	10.13
1967	471	1	2.12	1	2.12	1,111	33	2.97	28	25.20
1968	15	1	66.60	1	66.66	3,615	69	19.08	14	3.87
TOTAL	11,139	15	1.34	53	4.76	13,859	171	12.38	160	11.59
			MP = 6.10%					M.P = 23.97%		
MPT = 30.07%										

Fig. 10

Cuadro 1.— Nos muestra la distribución de número de partos atendidos en domicilio y en hospital. Destaca entre 1958 y 1962 el predominio domiciliario y entre 1963 a 1968 el predominio en el hospital, explicándose este fenómeno al pasar la institución a depender del Ministerio de Salud.

Cuadro 2.— Se refiere al número de consultas en consultorio externo. Destacamos la consulta prenatal que da para la gestante 2.5 de consulta promedio. Esto se explica porque las pacientes se inscribían al 7º mes de gestación.

Cuadro 3.— Nos muestra algunos aspectos de la atención en el parto domiciliario. Hubo 288 partos espontáneos, denominándose así a los partos que se producían sin atención profesional, habiendo fallecido nueve de estos niños. Hubo 39 gemelares de los cuales 11 fueron remitidos al hospital por distocia del segundo feto. Se atendió 13 partos podálicos, cuatro de los cuales tuvieron problemas de morbilidad: dos murieron por prematuridad y dos por retención de cabeza última. Se suturó 363 desgarros de 1º y 2º grado, de las cuales 3 hicieron dehiscencia de la sutura.

Cuadro 4.— Se muestra aquí en forma panorámica las más importantes operaciones obstétricas realizadas. En cuanto a la versión interna y extracción podálica, 20 de ellas se realizaron para extraer un segundo gemelo.

Cuadro 5.— Este cuadro nos muestra el número de exámenes auxiliares y de vacunaciones practicadas en la gestante y en el niño.

Cuadro 6.— Se ha efectuado 102 aplicaciones de Vacuum extractor, siguiendo la misma conducta que para el forceps, es decir en presentaciones encajadas.

Cuadro 7.— Nos muestra el número de rupturas uterinas y en las condiciones en que se produjeron en relación al trabajo de parto.

Cuadro 8.— Nos muestra la operación cesárea en nuestro hospital: Se ha efectuado sin cesárea previa 319 y se repitió en 223 casos de las 418 cesareadas anteriores, habiéndose obtenido 195 por parto vaginal, lo que nos da un 47%.

Cuadro 9.— Se refiere a la mortalidad materna en nuestro hospital. Ninguna muerte ocurrió en domicilio. Trece muertes en total en el Hospital, predominando como causa de muerte la eclampsia en dos casos, la ruptura uterina en dos casos y complicación bronconeumónica en tres casos.

Cuadro 10.— En este cuadro se hace un estudio comparativo de las tasas de mortalidad fetal tardía, neonatal y perinatal en relación al número de partos atendidos en domicilio y en el hospital, obteniéndose en domicilio una menor tasa de mortalidad perinatal; esto es explicable porque todo niño con problemas era trasladado en forma inmediata al hospital. La mortalidad perinatal total coincide con las cifras que existe en los países en desarrollo.

DATOS FAMILIARES							
EDAD	TOTAL	SECTORES	TOTAL	ESTADO CIVIL	TOTAL	OCUPACION	TOTAL
17 - 25	42	BARRIADA	62	CASADA	60	OBREROS	66
26 - 34	43	CIUDAD	38	SOLTERA	14	EMPLEADOS	8
35 - 38	15			CONVIVIENTE	26	INDEPEND.	26
TOTALES	100		100		100		100

Fig. 11

VIVIENDA - CONSTRUCCION - SERVICIOS													
		SERVICIO											
		ALUMBRADO				A G U A				DESAGUE			
		ELEC.	VELA	OTRO	TOTAL	PRO	COM	PUB	TOTAL	PRO	COM	PUB	TOTAL
MATERIAL CONSTRUCCION	ADOBE	25	4	20	49	12	24	11	47	12	25	11	48
	QUINCHA	5	4	20	29	3	10	18	31	3	10	17	30
	CONCRETO LADRILLO	15	1	6	22	13	4	5	22	13	4	5	22
	TOTAL	100				100				100			

Fig. 12

VIVIENDA - TIPO - TENENCIA														
		T I P O												
		INDEPENDIENTE			CALLEJON			CORRALON			CHOZA		OTR.	
		1 DORM.	2 DORM.	3 DORM.	1 DORM.	2 DORM.	3 DORM.	1 DORM.	2 DORM.	3 DORM.	1 DORM.	2 DORM.	3 O MAS	
TENENCIA	PROPIEDAD	10	2	2	-	-	-	-	-	-	-	2	3	1
	ALQUILADA	45	6	5	5	4	6	-	1	4	1	10	1	2
	INVADIDA	42	2	1	1	-	-	1	2	-	-	20	10	5
	GUARDIANIA	3	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-
TOTAL:		100												

Fig. 13

SITUACION ECONOMICA EN RELACION AL NUMERO DE HIJOS						
INGRESOS			NUMERO DE HIJOS			TOTAL
			1 - 3	4 - 6	7 a más	
750	a	1250	20	20	2	42
1250	a	1750	13	5	2	20
1751	a	2250	11	11	5	27
2251	a	2750	3	5	3	11
TOTAL						100

Fig. 14

Cuadros 11, 12 y 13.— Se hace un estudio evaluativo de las condiciones socio-económicas de 100 familias tomadas de nuestros archivos mediante un sistema de muestreo, obteniéndose el siguiente resultado: El material de construcción en el 25% fue de adobes, el alumbrado eléctrico es el que ocupa el mayor porcentaje 25%; con respecto al servicio de agua, predominó el servicio común en 24% de los casos, siendo igual para el desagüe. En cuanto a la vivienda en el rubro de tenencia, se considera el mayor porcentaje de alquilada e invadida en porcentajes de 45% y 42% respectivamente, teniendo en consideración que se ha encontrado un buen porcentaje que habitaba en chozas. En el aspecto económico corresponden a familias de bajo ingreso económico.

CONCLUSIONES

1.— Hemos atendido 24,996 partos en 10 años de actividad, de los cuales 11,139 (49%) fueron atendidos en domicilio y el resto 13,859 (56%) en el hospital.

2.— La Tasa de Mortalidad Perinatal en las atenciones domiciliarias fue de 6.10 por mil y la de Mortalidad Perinatal en las atenciones hospitalarias fue de 23.97 por mil. La Mortalidad Materna en Domicilio fue 0.00 y los 13 casos de muerte materna ocurrieron en el hospital. (0.5%).

3.— El hecho que la morbilidad materna y fetal fue menor en domicilio que en el hospital, nos confirma la efectividad del riguroso sistema de prioridades empleado en la selección de pacientes que debían dar a luz en el hospital.

4.— Pese a las dificultades de prestar atención a las comunidades alejadas del hospital como eran las Barriadas de la Capital, la Morbilidad Materna y Fetal se ha mantenido dentro de los límites aceptados para nuestros países en desarrollo.

5.— El problema de las distocias se ha enfrentado con éxito debido a la adecuada selección de las pacientes que se programaron para la atención en el hospital y la rápida evacuación del domicilio al hospital de las pacientes que desarrollaron distocias en esas circunstancias.

6.— Según informes del Servicio Social, más del 62% de las pacientes atendidas procedían de los Barrios Marginales de la gran Lima. Así mismo con respecto al trabajo que desempeñaban los jefes de familia, la mayoría declararon ser obreros (66%). Referente al Estado Civil la mayoría era casada (60%).

La vivienda era en el 25% de los casos de adobes y de tipo rústico. El alumbrado eléctrico estuvo presente en el 25% de casos; agua y desagüe en servicios comunes, en más de 35% de casos.

El mayor número de familias estuvo considerado entre el grupo de más bajo nivel económico. La mayoría de las familias ocupaba viviendas alquiladas o invadidas. (45%).

7.— Hemos querido presentar no la solución de un problema sino una experiencia de la que se puede tomar los elementos positivos para una atención proyectada a la Comunidad como solución para disminuir la incidencia del parto atendido sin el debido control por los organismos de Salud, método que ya ha sido adoptado con éxito por otros países, si se tiene en cuenta que en la cober-

tura de la atención del parto en nuestro país el 70% corresponde a la atención por empíricos y el 30% a los profesionales médicos y obstetras.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Rural Obstetrics in Greece. N. Louros.— Athens. — Abstracts IV World Congress of Gynecology and Obstetrics.
- 2.—Castello, J. — Mortalidad Materna e Infantil en el Perú, Análisis de factores y causas. 1968.
- 3.—Castello, J. — La Mortalidad Perinatal en el Perú. Revista Peruana de Pediatría 1967.
- 4.—Tisé Broussé, L.: Protección Materno-neonatal en los países incompletamente equipados. IV Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología. Tomo III. Buenos Aires - Argentina. 1964.
- 5.—Adriazola y Resnik.: La Mortalidad Perinatal en Maternidades de Santiago. Rev. Chil. Ped. 10: 794, 1963.
- 6.—Behm-Rosas, H. — Mortalidad Infantil y nivel de vida. Santiago. Universidad de Chile, 1962.
- 7.—Los Factores Sociales en Obstetricia y Ginecología. Crónica de la Organización Mundial de la Salud. Vol. 18. Mayo 1964.
- 8.—Calceyro-Barcia, Tercer Congreso Mundial de Gineco-tocología 1960.
- 9.—Tatum H. — Décimo Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología.
- 10.—Carpenter W. Bryans E. — "Maternal Mortality in British Columbia". Canad. Med. Ass. J. 92/4 Jan. 1965.
- 11.—Abraham Sonis, Medicina Sanitaria 1971.