

# CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL COMUNITARIO DE ÉBANO EN EL PERIODO DE 2019-2020

Laura Haydee Carbajal Hernández, Joel Jiménez Ruiz, Salvador Pérez Hernández, Ignacio Uriel Macías Paz, Héctor Pérez Monsiváis

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Conocer las características obstétricas de las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Comunitario de Ébano SLP en el periodo comprendido entre 2019 y 2020 para posteriormente realizar una propuesta de parto humanizado.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo. La población se conformó por 177 mujeres embarazadas que ingresaron al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Comunitario de Ébano, en el periodo de enero de 2019 a diciembre de 2020.

**RESULTADOS:** El promedio de edad de las mujeres fue de 24.9 años; 82 % no tienen ninguna derechohabencia; 1.7 % solo saben leer y escribir; el 19.8 % no utiliza ningún método anticonceptivo; el promedio de gestas es 2.2; 14.7 % refieren alguna comorbilidad; 46.9 % fueron identificadas con algún riesgo obstétrico; 6.8 % han presentado complicaciones post evento obstétrico.

**CONCLUSIONES:** A pesar de todos los esfuerzos por mejorar los estándares de la atención obstétrica, la utilización de los servicios está rezagada y muestra grandes brechas en los resultados. Los servicios proporcionados a través de programas de atención a las embarazadas solo tendrán éxito si están disponibles para las personas en el momento adecuado, en el lugar adecuado y los servicios deben ser asequibles y accesibles.

**Palabras claves:** Riesgo obstétrico, enfoque de riesgo, parto institucional, educación para la salud.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To know the obstetric characteristics of pregnant women attended at the Hospital Comunitario de Ébano SLP in the period between 2019-2020 in order to subsequently make a proposal for Humanized Childbirth.

**MATERIALS AND METHODS:** A cross-sectional, descriptive and quantitative study was carried out. The population consisted of 177 pregnant women admitted to the gynecology and obstetrics service of the Hospital Comunitario de Ébano, in the period from January 2019 to December 2020.

**RESULTS:** The average age of the women was 24.9 years; 82 % did not have any legal status; 1.7 % could only read and write; 19.8 % did not use any contraceptive method; the average number of pregnancies was 2.2; 14.7 % had some comorbidity; 46.9 % were identified with some obstetric risk; 6.8 % had presented post obstetric event complications.

**CONCLUSIONS:** Despite all efforts to improve standards of obstetric care, utilization of services lags behind and shows large gaps in outcomes. Services provided through pregnancy care programs will only be successful if they are available to people at the right time, in the right place, and services must be affordable and accessible.

**Keywords:** Obstetric risk, risk approach, institutional delivery, health education.

## INTRODUCCIÓN

El proceso de parto y el nacimiento son procesos naturales con gran significado cultural y social; para las mujeres el embarazo y el parto constituyen experiencias que pueden repercutir en su estado físico y emocional. (1) La calidad de la atención en el embarazo, durante el parto y posparto puede diferir dependiendo de sus condiciones de vida; por ejemplo, cuando tienen un nivel socioeconómico bajo, son miembros indígenas o aquellas mujeres que viven en comunidades rurales tienen una calidad de atención 12% menor a la que se les otorga a las mujeres en zonas metropolitanas y que son derechohabientes de algún servicio de seguridad social. (2)

La institucionalización del nacimiento de bajo riesgo ha permitido que se cometan actos de abuso de autoridad, violencia de género en contra de la mujer embarazada y vulneración de sus derechos humanos, gracias en parte a la persistencia de una cultura machista. (3) La violencia obstétrica es un problema que está íntimamente ligado con la estructura de la sociedad, la procreación es considerada como la principal tarea de la mujer y lo que define su sexo e identidad dejando casi de lado su sexualidad, que en muchos casos es vista como un elemento de control social y marginación. (4)

Las razones que llevan al personal asistencial a incurrir en prácticas de violencia obstétrica son: falta de información, desconocimiento de las leyes y normas, falta de formación profesional, procedimientos que no son considerados violencia, estrés emocional y cuestiones económicas, por mencionar algunas de ellas; también señalan los estudios que la violencia obstétrica se acrecienta cuando se trata de inmigrantes, de acuerdo a la religión que profesan las pacientes o si es una mujer privada de libertad. (5) Algunos otros tipos de violencia que intervienen son la institucional y hace referencia a que la atención en el parto se ha vuelto mecanicista e impersonal; también está la violencia moral, donde se destaca la superioridad del médico, quitándole autonomía y responsabilidad a la mujer. (6,7,8)

Por otra parte, en el parto humanizado se trata de generar un espacio donde se tomen en cuenta las opiniones y necesidades de la gestante y que se respete su protagonismo y debe ser tratado como un proceso natural y solo intervenir cuando el equipo de salud así lo disponga por situaciones que así lo requieran. (9,10,11) Este estudio buscó conocer las características obstétricas de las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Comunitario de Ébano SLP en el periodo comprendido entre 2019-2020 para posteriormente realizar una propuesta de parto humanizado.

## MÉTODOS

### Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal, descriptivo con un enfoque metodológico cuantitativo. Como técnica de recolección de los datos se utilizaron los censos de información del Hospital Comunitario de Ébano, los cuales incluían las características generales de las embarazadas. La población se conformó por mujeres embarazadas que ingresaron al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Comunitario de Ébano, en el periodo de enero de 2019 a diciembre de 2020. El tamaño de la muestra fue a conveniencia, debido a que se incluyó a todas las pacientes que ingresaron al servicio en

el periodo mencionado y que cumplieran con los criterios de inclusión, donde se obtuvo a 177 pacientes. Los criterios de inclusión fueron: mujeres menores de edad que ingresaron al servicio de ginecología y obstetricia en el periodo de enero de 2019 a diciembre de 2020, con embarazo a término e ingreso a tococirugía, con producto vivo y que hayan ingresado a puerperio inmediato. Los criterios de exclusión fueron: pacientes con aborto espontáneo y programadas a cesárea de urgencia. Los criterios de eliminación fueron: tener expediente incompleto.

### Aspectos éticos

El protocolo se realiza de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. De acuerdo con el artículo 17 de este reglamento, esta investigación es “sin riesgo”, debido a que únicamente se utilizarán los expedientes clínicos de las pacientes y la base de datos del hospital.

### Técnica de recolección de datos y análisis estadístico

Se realizó una revisión de los expedientes clínicos de las pacientes que ingresaron al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Comunitario de Ébano en el periodo de enero de 2019 a diciembre de 2020 que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión para clasificar a las pacientes según las variables de estudio previamente mencionados, a fin de poder realizar un análisis entre las características de las pacientes. Para el análisis estadístico, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión de varianza.

## RESULTADOS

En México no existen numerosos estudios acerca de las características de la población obstétrica en entornos rurales, por lo que es de suma importancia poder identificar las características de estos. Este estudio logró identificar las características más relevantes de 177 mujeres embarazadas que acudieron a un hospital rural, sin embargo, estos esfuerzos son pocos, debido a que se requiere una atención más enfocada en estos centros de salud para poder establecer patrones de atención y conductas en este grupo poblacional. De acuerdo con lo previamente mencionado, se obtuvieron los siguientes resultados de los expedientes analizados en el periodo 2019-2020 (Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Características demográficas

VARIABLE	N=177
<b>EDAD, AÑOS ± DE</b>	<b>24.9 ± 6.0</b>
<b>LENGUA, N(%)</b>	
Español	177 (100%)
<b>DERECHOHABIENCIA N (%)</b>	
IMSS	29 (16.38%)
ISSSTE	1 (0.56%)
Seguro popular	64 (36.16%)
Otros	83 (46.89%)
<b>ESCOLARIDAD N(%)</b>	
Primaria	9 (5.08%)
Secundaria	115 (64.97%)
Bachillerato	38 (21.46%)
Otros	11 (6.21%)
Solo sabe leer y escribir	3 (1.69%)

DE: Desviación estándar.

Tabla 2. Características clínicas de las 177 pacientes.

VARIABLE	N=177
<b>Trimestre ± DE</b>	2.15 ± 0.72
<b>Gestas ± DE</b>	2.2 ± 1.2
<b>Partos ± DE</b>	0.72 ± 1.03
<b>Abortos ± DE</b>	0.25 ± 0.56
<b>Cesáreas ± DE</b>	0.27 ± 0.53
<b>Obitos, n(%)</b>	
No	175 (98.87%)
Si	2 (1.13%)
<b>Hijos muertos menores de 2 años, n(%)</b>	
No	177 (100%)
<b>Consumo de ácido fólico, n(%)</b>	
Si	177 (100%)
<b>Comorbilidades, n(%)</b>	
No	151 (85.31%)
Si	26 (14.69%)
<b>Riesgo obstétrico, n(%)</b>	
No	94 (53.11%)
Si	83 (46.89%)
<b>Evento obstétrico, n(%)</b>	
Aborto	2 (1.13%)
Parto	45 (25.42%)
Cesárea	25 (14.12%)
Desconocido	105 (59.32%)
<b>Complicación posparto, n(%)</b>	
Ninguno	83 (46.89%)
Desconocido	82 (46.33%)
Hemorragia posparto	4 (2.26%)
Preeclampsia	3 (1.69%)
Parto prolongado	2 (1.13%)
Crisis Hipertensiva	2 (1.13%)
Parto pretérmino	1 (.56%)
<b>Método de planificación familiar, n(%)</b>	
Desconocido	52 (29.38%)
Ninguno	35 (19.77%)
Hormonal Oral	35 (19.77%)
Implante	28 (15.82%)
OTB	14 (7.91%)
Inyectable	9 (5.08%)
DIU	4 (2.26%)

DE: Desviación estándar. OTB: Oclusión Tubaria Bilateral. DIU: Dispositivo intrauterino.

## DISCUSIÓN

La identificación de las características obstétricas encontradas en este estudio varía en comparación con los estudios realizados en otras zonas de México. En un estudio retrospectivo realizado por Noguera-Echeverría y Peniche-Lara, (12) en la Unidad Médica Rural #17 del Programa IMSS-PROSPERA, Mayapán, Yucatán, se encontró que 51.85 % de las embarazadas tenía escolaridad secundaria o mayor y 48.15 % tenía primaria o menor. También muestra que 43.2 % de las embarazadas eran primigestas, mientras que el 49.38 % de ellas estaban entre su segunda y cuarta gestación. Los datos que resultaron en el presente estudio muestran que las pacientes con escolaridad de secundaria o mayor es del 86.5 %, estando por encima del resultado presentado anteriormente. Por otro lado, el resultado del número de gestaciones fue que 31.64 % de las embarazadas fueron primigestas y el 62.12 % estaban entre su segunda y cuarta gestación.

Otro estudio, esta vez realizado en una zona urbana de Jalisco y realizado por Mejía-Mendoza et al., (13) analizó ciertas características de adolescentes embarazadas entre las cuales se encontró el riesgo obstétrico alto en el 76.2 % de ellas y un riesgo obstétrico bajo para el restante 23.8 %; comparado con el resultado de este estudio que fue de un 46.9 % de embarazadas con riesgo obstétrico y 53.1 % sin él.

Ya que este estudio se realizó en un hospital comunitario, se implica que las pacientes viven en zonas rurales, lo cual es un factor que genera influencia sobre el desarrollo del embarazo y el parto ya que las condiciones de vida son generalmente difíciles y en especial para las mujeres debido a las tareas y actividades que ellas realizan como el trabajo intensivo en cultivos o bien las tareas domésticas dentro de las cuales se encuentra la crianza de los hijos, que comúnmente son múltiples ya que la proporción de embarazos es mayor por las mismas condiciones. (14,15)

## CONCLUSIÓN

Con base en el estudio realizado en el Hospital Comunitario de Ébano nos damos cuenta que falta mucha información que se le tiene que proporcionar a la paciente embarazada en especial desde la atención pregestacional, esto permite que desde el momento que existe un embarazo el personal de salud debe estar capacitado para dar la información adecuada y con base en la norma y guías de práctica clínica. Se tiene que favorecer la seguridad emocional, así como su bienestar durante todo el proceso, identificar la aparición de complicaciones, procurar la atención de calidad y respeto de la mujer a un parto espontáneo, se debe propiciar a la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico y reducir el índice de cesáreas imprescindibles que esta práctica no se convierta en un negocio lucrativo o que el parto sea traumático.

Es importante garantizar y favorecer las prácticas basadas en evidencias como una estrategia fundamental para contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna (evaluación de la gestación, asesoría nutricional y prevención de enfermedades), fortalecer la atención obstétrica centrada en las necesidades de las mujeres mediante trato respetuoso e igualitario que permita mejorar la atención, la comunicación y la confianza entre el personal de salud y mujer gestante,

para que ella tenga una experiencia segura, saludable y natural, así como establecer una conexión con su fuerza instintiva y practicas alternativas mientras da a luz, respetar el ritmo natural del parto de cada madre sin sujetarla a la urgencia del establecimiento médico.

## REFERENCIAS

- Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012;(3):CD004660. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004660.pub3>
- Brenes-Monge A, Yáñez-Álvarez I, Meneses-León J, Poblano-Verástegui O, Vértiz-Ramírez J de J, Saturno-Hernández PJ. Aproximación a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto en mujeres con factores de riesgo obstétrico en México. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2020;62(6):798–809. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21149/11974>
- Ramírez Saucedo MD, Hernández Mier C, Ceballos García GY. La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. *Revista CONAMED* [Internet]. 2021;26(3):149–55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35366/101680>
- Sánchez SB. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*. 2015;18:93–111.
- Castro A. Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork: Notes from Latin America. *Health Hum Rights*. 2019;21(1):103–11.
- Martins A de C, Barros GM. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. *Rev Dor* [Internet]. 2016;17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160074>
- Cassiano A, Santos G, Santos F, Pereira S, Holanda C, Leite J. Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. *Enferm Glob*. 2012;15:452–64.
- Strapasson M, Nedel M. The institutionalization of violence against women in the birth process: integrative review. *Journal of Nursing*. 2013;7(11). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.5058-41233-3-SM.0711esp201314>
- Laako H. Los derechos humanos en los movimientos sociales: el caso de las parteras autónomas en México. *Rev Mex Cienc Polit Soc* [Internet]. 2016;61(227):167–94. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0185-1918\(16\)30025-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0185-1918(16)30025-3)
- Borges DL, Sánchez MR, Domínguez HR, et al. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2018;44(3):1-12.
- Organización Mundial de la Salud. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. OMS; 2011 [citado 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- Noguera-Echeverría, A. E., & Peniche-Lara, G. (2017). Identificación de factores de riesgo para desarrollo de

embarazo de alto riesgo en una comunidad de muy alta marginación de Yucatán, México. *Cienc Humanismo Salud*, 4(1).

- Mejía-Mendoza ML, Laureano-Eugenio J, Saavedra-Serrano JA, et al. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un centro de salud urbano de Jalisco, México. *Sal Jal*. 2015;2(1):35-41.
- Gutiérrez-Peláez K, Aranda Z, Jiménez-Peña A, Mata-González H. How inequity threatens the lives of pregnant women: barriers to accessing health services during an incomplete miscarriage in rural southern Mexico. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2022;15(5):e248819. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2022-248819>
- Molina GAM, Pena ORA, Díaz ACE, et al. Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2019;45(2):1-21.