

Medicent Electrón 2013 jul.– sep.; 17(3)

POLICLÍNICO “MARIO MUÑOZ MONROY”
ESPERANZA, VILLA CLARA

ARTÍCULO ORIGINAL

Atención obstétrica de la brigada médica cubana en el hospital “Referal Baucau” de Timor Leste

Obstetric attention of the Cuban Medical Brigade in “Referal Baucau” Hospital from Timor Leste

MSc. Dra. Nilda María Escobar Cabrera¹, Dr. Franklin Mpelumbe Escobar², Dra.C. Benita Mavel Beltrán González³, MSc. Dr. Guillermo José López Espinosa⁴, MSc. Milena Pérez Hernández⁵, Dra. Danay Hernández Díaz⁶

1. Especialista de Primer Grado en Ginecoobstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Policlínico “Mario Muñoz Monroy”, Esperanza, Villa Clara. Instructora. Correo electrónico: nildaec@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínico “Juan B. Contreras Fowler”, Ranchuelo, Villa Clara. Correo electrónico: nildaec@capiro.vcl.sld.cu
3. Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Doctora en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública. Filial Municipal de Salud, Ranchuelo, Villa Clara. Profesora Titular. Correo electrónico: benitabg@ucm.vcl.sld.cu
4. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Salud Ocupacional y Educación Médica Superior. Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”. Santa Clara, Villa Clara. Profesor e Investigador Auxiliar. Correo electrónico: guillermole@ucm.vcl.sld.cu
5. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Policlínico “Mario Muñoz Monroy”, Esperanza, Villa Clara. Instructora. Correo electrónico: milenaph@capiro.vcl.sld.cu
6. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y de Primer Grado en Bioestadística. Centro Provincial de la Escuela Nacional de Salud Pública. Santa Clara, Villa Clara. Instructora. Correo electrónico: danayhd@ucm.vcl.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio analítico en el Hospital “Referal Baucau” de Timor Leste, en el Sudeste de Asia, con el objetivo de comparar la atención obstétrica de la brigada médica cubana en los años 2006 y 2007. La población de estudio estuvo constituida por 2 163 gestantes en el 2006 y 2 520 en el 2007, las cuales fueron atendidas durante el embarazo, parto y puerperio por médicos cubanos. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas individuales y del registro hospitalario existente. Existió un aumento en la frecuencia de partos en el segundo año de estudio, predominaron los partos a término, con peso adecuado del recién nacido; descendieron las complicaciones maternas, las tasas de mortalidad perinatal, fetal y neonatal. Se concluye que todos los indicadores analizados se comportaron favorables a la salud materno-fetal en el 2007, en relación con el 2006.

DeCS: Servicio de ginecología y obstetricia en hospital, Parto obstétrico/estadística & datos numéricos

ABSTRACT

An analytic study was made in “Referal Baucau” Hospital from Timor Leste, South East- Asia, with the aim of comparing obstetric attention of the Cuban Medical Brigade from 2006 to 2007. Study population was constituted by 2 163 expectant woman from 2006 and 2 520 from 2007, who were attended by Cuban physicians during pregnancy, delivery and puerperium. Data were obtained from individual medical charts and the existing hospital register. There was an increase of deliveries in the second year studied; term labor predominated with an adequate weight; maternal complications decreased, as well as, perinatal, fetal and neonatal mortality rates. As a conclusion, all analyzed indicators of maternal-child health from 2007 were favourable, in relation to 2006.

DeCS: Obstetrics and gynecology department hospital, Delivery obstetric/statistics & numerical data

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal especializada consiste en un conjunto de acciones de salud, consultas a gestantes y cuidados previos al parto, que tienen como objetivo final que se produzca un parto seguro para la mujer, con un recién nacido vivo, sano y de buen peso. En la actualidad, la atención obstétrica y los servicios especializados, externos o de hospitalización, continúan perfeccionándose, y se incluyen en este desarrollo los componentes de los derechos reproductivos; sin embargo, esta asistencia no se ofrece por igual a las féminas en todos los países.¹

A pesar de que en el último informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se revela un descenso en la tasa de mortalidad infantil, las cifras son aún alarmantes. Cada día fallecen en el mundo más de 26 000 menores de cinco años por causas evitables, y el 80% de estas muertes ocurrieron en África y el Sur de Asia. Bastaría la integración de servicios esenciales para que esta cifra se redujera.²

Timor Leste es una pequeña isla del Archipiélago Malayo, situada en el Sudeste de Asia, con una población de 1 600 000 habitantes, que declaró su independencia el 20 de mayo de 2002, por lo que es la nación más joven del mundo y, además, la más pobre de Asia, donde no existe una adecuada infraestructura de salud.³

Los pacientes son atendidos por enfermeros clínicos con cierto entrenamiento en las enfermedades más comunes, y la atención obstétrica está sustentada por las parteras que trabajan en los centros de salud, desde los distritos –que son las cabeceras provinciales– hasta los sukos o aldeas más alejadas. Ellas carecen de elementales conocimientos de obstetricia y de las medidas de asepsia y antisepsia, pero se encargan de la atención de sus vecinas en ese momento tan importante para la vida de cualquier ser humano, como lo hicieron sus ancestros.⁴

Respecto al estilo de vida y cultura alimentaria, las embarazadas no ingieren los nutrientes que se requieren durante el período de gestación para que el bebé nazca con un peso adecuado y el parto se produzca con menos dificultades. Las opciones de trabajo en el país son mínimas, por lo que las gestantes se mantienen realizando grandes esfuerzos físicos en la agricultura para el sustento del hogar, y aquellas que trabajan para alguna institución, continúan en su puesto de labor hasta el mismo momento del parto.⁵

A partir de la problemática analizada, respecto a la atención prenatal en el Distrito de Baucau en Timor Leste, los autores se propusieron comparar la atención obstétrica en dos años de trabajo de la brigada médica cubana en el Hospital “Referal Baucau” de Timor Leste.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional analítico, donde se comparó la atención obstétrica ofrecida por la brigada médica cubana en el Hospital “Referal Baucau” de Timor Leste, durante los años 2006 y 2007.

Primer grupo de comparación: Todas las mujeres embarazadas (2 163) que se recibieron en el Hospital “Referal Baucau” durante el año 2006, lo cual coincidió con el inicio de la inserción de la brigada médica cubana en dicho centro de atención.

Segundo grupo de comparación: Todas las mujeres embarazadas (2 520) que se recibieron en el Hospital “Referal Baucau” durante el año 2007, momento en que la misión médica cubana estaba mucho más fortalecida en cuanto a la atención integral a la embarazada, según seguimiento, atención oportuna de las morbilidades y cuidados perinatales, que incluyen la atención al recién nacido.

Se seleccionó un número de variables consideradas indicadores para la atención a la gestante y el recién nacido: edad materna, término de la gestación, peso del recién nacido, complicaciones maternas, mortalidad perinatal, fetal y neonatal precoz, las cuales se obtuvieron de manera individual, de cada historia clínica en el hospital y del registro hospitalario existente, lo que permitió realizar la comparación de las gestantes entre los años estudiados.

Se consideraron los siguientes criterios de exclusión: Pacientes cuyas historias clínicas estuvieran incompletas, sin los datos requeridos.

La datos obtenidos fueron almacenados y procesados en el paquete estadístico SPSS vs 15.0 para Windows. Para caracterizar la muestra, según grupo de edad por año de estudio, se usaron frecuencias absolutas y relativas expresadas en número y por ciento. Para determinar los diferentes comportamientos en cada uno de los indicadores seleccionados para la investigación, entre los grupos de estudiados, se usó la prueba de homogeneidad basada en la distribución de Chi cuadrado, con su significación asociada p; para la toma de decisión estadística, se determinó un nivel de significación (alfa) de 0,05, donde: Si $p < 0,05$, los grupos no son homogéneos según la variable analizada; si $p > 0,05$, los grupos son homogéneos según la variable estudiada. Las tasas de mortalidad (perinatal, fetal y neonatal precoz) solo se trabajaron de manera descriptiva, ya que no fueron calculadas por los autores; el dato se obtuvo directamente de los archivos del hospital.

Como los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de las pacientes, así como del registro hospitalario existente, se procedió a solicitar la autorización por parte de los directivos del hospital. Se informó que los resultados solo serían usados con fines investigativos.

RESULTADOS

En la tabla 1, se muestra la distribución de las gestantes según grupo de edad por años de estudio. Es de destacar que en el año 2006 predominaron los embarazos de mujeres con edades extremas para la reproducción, con un 51,2 % en su conjunto: 443 (20,5 %) para las adolescentes y 664 (30,7 %) para las de 35 años y más; durante el año 2007, los porcentos de estas gestantes disminuyeron a 14,2 % y a 20,7 % para las de 12 a 19 años y aquellas con 35 años o más, respectivamente; se mostró un predominio de los partos en mujeres con edad reproductiva óptima (1 641 para un 65,1 %).

Tabla 1 Distribución de las embarazadas según grupo de edad.

Grupo de edad	Año 2006		Año 2007	
	Pacientes	%	Pacientes	%
12 - 19 años	443	20,5	357	14,2
20 - 34 años	1056	48,8	1641	65,1
≥35 años	664	30,7	522	20,7
Total	2163	100	2520	100

Fuente: Archivo del Hospital “Referal Baucau” de Timor Leste.

Al analizar la distribución de gestantes por cada año estudiado, según su edad gestacional al momento del parto (tabla 2), llama la atención que, a pesar de existir mayor número de nacimientos durante el año 2007, los partos pretérminos disminuyeron de 327 en el 2006 a 302 en el 2007; por el contrario, la frecuencia de nacimientos a término aumentó durante el último año estudiado (1 836 en el 2006 a 2218 en el 2007), lo que se demostró de manera estadísticamente significativa ($p < 0,05$). De forma general, en ambos grupos hubo un predominio de partos a término, que representaron un 84,9 % y 88,0 % para el 2006 y 2007, respectivamente.

Tabla 2 Distribución de gestantes según edad gestacional al momento del parto.

Edad gestacional al parto	2006 n = 2163		2007 n = 2520	
	No.	%	No.	%
A término	1836	84,9	2218	88,0
Pretérmino	327	15,1	302	12,0

$$\chi^2 = 9,831 \quad p = 0,002$$

Fuente: Archivo del Hospital "Referal Baucau" de Timor Leste.

Las gestantes atendidas en los dos años de estudio se distribuyeron según el peso de los recién nacidos (tabla 3). Se observó que los niños con peso adecuado al nacimiento predominaron en los dos años analizados: 1 838 (85,0 %) en el 2006 y 2 225 (88,3 %) en el 2007; no obstante, al comparar la frecuencia de nacimientos con peso mayor a 2500 g, el último año estudiado presentó, de manera estadísticamente significativa ($p < 0,05$), mayor número de partos cuyo producto tenía peso adecuado.

Tabla 3 Distribución de gestantes según peso al nacer.

Peso al nacer	2006 N = 2163		2007 N = 2520	
	No.	%	No.	%
Menos de 2 500 g	325	15,0	295	11,7
2 500g o más	1838	85,0	2225	88,3

$$\chi^2 = 11,168 \quad p = 0,001$$

Fuente: Archivo del Hospital "Referal Baucau" de Timor Leste.

En la tabla 4, se observaron las complicaciones maternas durante los años analizados. En el año 2006 se presentaron 545 complicaciones en las pacientes atendidas en el Hospital "Referal de Baucau", lo que representó un 25,2 %, y un 11,9 % en el 2007 (301 gestantes). Particularmente, existió un predominio de la anemia muy intensa en ambos años (26,2 % en el 2006 y 34,6 % en el 2007), seguido, en orden de frecuencia, por la hemorragia materna en el 2006 (25,3 %) y la sepsis puerperal en el 2007 (25,2 %).

Tabla 4 Distribución de embarazadas según complicaciones maternas.

Complicaciones maternas	Año 2006 n = 2163		Año 2007 n = 2520	
	No.	%	No.	%
Sí	545*	25,2	301**	11,9
Retención placentaria	117	21,5*	57	19,9**
Hemorragia materna	138	25,3*	64	21,3**
Anemia muy intensa	143	26,2*	104	34,6**
Sepsis puerperal	124	22,8*	76	25,2**
Otras	23	4,2*	0	0**
No	1618	74,8	2219	88,1

*Del total de mujeres con complicaciones en el 2006

** Del total de mujeres con complicaciones en el 2007

Fuente: Archivo del Hospital “Referal Baucau” de Timor Leste.

En la figura 1, se muestra el comportamiento de la mortalidad perinatal y se observó una reducción de 12,3 fallecidos por cada 1 000 nacidos vivos en el año 2006 a 3,6 fallecidos por cada 1 000 nacidos vivos en el 2007; asimismo, disminuyeron las tasas correspondientes a la mortalidad fetal (7,2 en el 2006 a 2,4 en el 2007) y neonatal precoz (5,1 en el 2006 a 1,2 en el 2007).

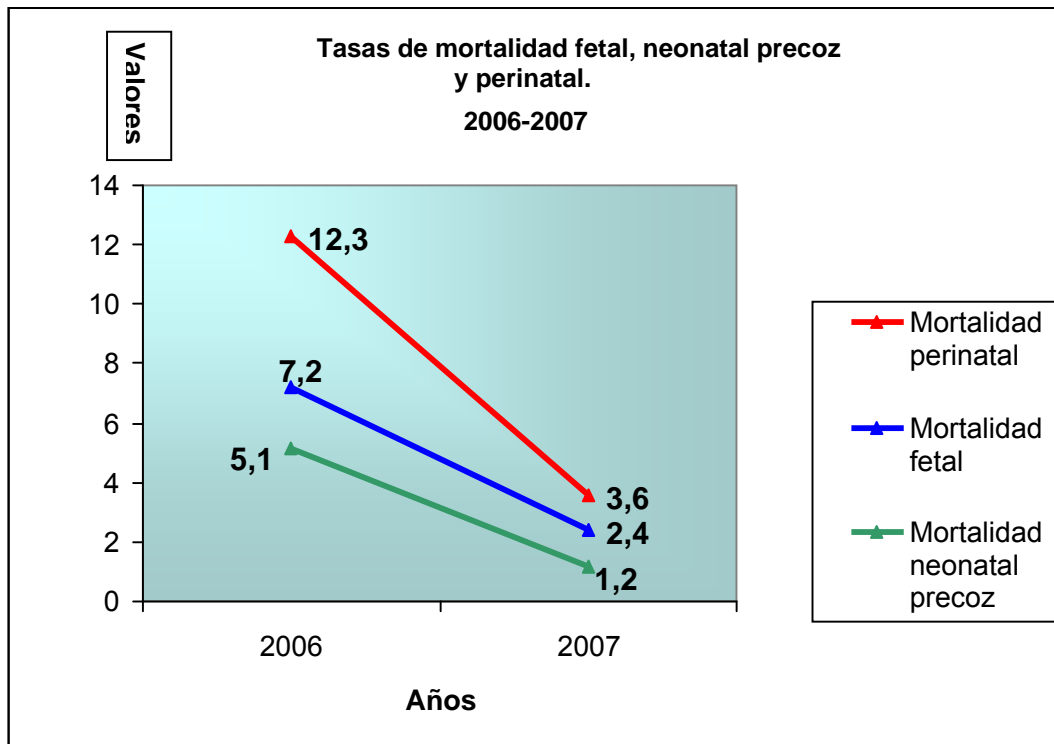


Figura Comportamiento de la mortalidad perinatal.

Fuente: Archivo del Hospital “Referal Baucau” de Timor Leste.

DISCUSIÓN

La edad constituye un factor fundamental relacionado con el riesgo materno, tanto en las edades inferiores a 20 años, como en las mayores de 35. En esta isla del sudeste asiático, por tradición, las mujeres comienzan sus embarazos desde la adolescencia; el 40 % de la población mayor de 15 años es analfabeta, no estudia ni trabaja, y se mantienen procreando muy próximas a su menopausia.⁶

Almarales Sarmiento,⁷ en su estudio sobre factores de riesgos reproductivos preconceptionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste, encontró un predominio en el grupo de 36-49 años (50,9 %), donde el principal factor de riesgo lo constituyó la propia edad, seguido por el de 15-19 años con un 26,3 %.

La brigada médica cubana se encontraba actuando a nivel secundario de asistencia; asimismo, en las comunidades también existían galenos, con el objetivo de mejorar la salud de los individuos, y se priorizaban los grupos vulnerables, como las mujeres y los niños; por tal razón, puede explicarse la reducción de embarazos en las edades extremas de la vida durante el segundo año de estudio, pues actuar en la disminución de los factores de riesgo, principalmente en el riesgo preconceptional –donde se incluye la edad–, es una de las tareas que asume la asistencia médica cubana, sin importar el escenario en que se encuentren los colaboradores de la salud.

El problema del bajo peso al nacer constituye una preocupación mundial, y son los países subdesarrollados los de más altos índices. El peso al nacer con cifras inferiores a los 2 500 g es una de las causas más importantes de mortalidad infantil y perinatal. Los individuos que nacen con bajo peso tienen múltiples problemas posteriores, tanto en el período neonatal como en la niñez e, incluso, en la edad adulta. Entre estas dificultades, se encuentran la mala adaptación al medio ambiente, así como diferentes impedimentos físicos y mentales, que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar.⁸⁻¹¹

En el presente estudio, se observó que los recién nacidos con bajo peso correspondieron, en todos los casos, a partos pretérminos. Las probabilidades de supervivencia con ciertos grados de inmadurez fetal son muy escasas, aun en países desarrollados. En Timor Leste, estas posibilidades son nulas; por ello, la brigada tenía como objetivo que la edad gestacional al momento del parto fuera cada vez superior, por la repercusión que esto implica; su trabajo se basó en una adecuada atención prenatal y en la educación a la población acerca de todos los factores propios del lugar que, sin dudas, ocasionaban los partos antes de la fecha esperada.

El discreto descenso de embarazadas con anemia, que se alcanzó en el segundo año de trabajo, se debió al empleo de las técnicas grupales, mediante las cuales se les orientaba a las gestantes y púerperas sobre los alimentos que aportaban hierro a la nutrición de ellas y sus hijos, así como la forma de elaborarlos. Por lo general, estas embarazadas eran grandes múltiparas, con períodos intergenésicos cortos, alimentación deficiente, que se asociaba a la desnutrición severa, con malos hábitos higiénicos, y en el momento del parto, sus reservas eran insuficientes.^{12,13}

En el año 2006, fallecieron tres gestantes que llegaron al hospital en condiciones de total deterioro después de estar varios días en trabajo de parto, procedentes de lugares muy distantes; sin embargo, en el 2007 no murió ninguna gestante en Baucau, pues la atención prenatal especializada estaba fortalecida, se realizaban labores de terreno con las parteras, quienes se encargaban de explicar en sus dialectos la importancia de asistir a la consulta ante cualquier signo de alarma.

Según informes de la UNICEF, aproximadamente el 80 % de las muertes maternas se hubieran podido evitar, si las mujeres hubiesen tenido acceso a servicios esenciales de maternidad y atención básica de la salud. En cada país, la posibilidad de que haya personal calificado durante la asistencia al parto depende del lugar geográfico donde la mujer viva y de su situación económica.¹⁴

Según un estudio del Estado Mundial de la Infancia del año 2007, el 25 % de las muertes maternas en el mundo se producen por hemorragias, el 15 % por infecciones, seguidas de abortos practicados en malas condiciones (13 %), trastornos que ocasiona la hipertensión (12 %) y obstrucción al parto (8 %).¹⁵

A pesar de no haber ocurrido muertes maternas en el segundo año de labor de la brigada médica cubana, continúa siendo un reto disminuir las complicaciones de las gestantes relacionadas con el momento del parto; solo así se logrará una maternidad plena y exitosa.

La reducción de la mortalidad perinatal en el segundo año de labor de los médicos cubanos en Baucau, estuvo estrechamente vinculada con las acciones realizadas respecto a la atención prenatal especializada. Se alcanzó una cobertura total en Timor con especialistas en Medicina General Integral, obstetras y pediatras. Además, se creó en el hospital el servicio de Neonatología, con especialistas y enfermeras neonatólogas.

Un estudio demográfico efectuado en Timor Leste, en el 2005, demostró una tasa de mortalidad neonatal de 42 niños por cada 1 000 nacidos vivos.¹⁶ Si se tiene en cuenta que la tasa de la mortalidad neonatal precoz es solo un componente de la neonatal en general y esta, a su vez, de la mortalidad infantil, la información que aporta el artículo deja una interrogante en cuanto al seguimiento posterior de los niños, transcurridos los siete días de nacidos, e indica, además, la necesidad de contar con un registro estadístico fortalecido que permita conocer el estado de los infantes después de salir del hospital, lo que obligaría al seguimiento particularizado de los actores de salud en las comunidades.

Con la graduación en los próximos años de 500 médicos timorenses, formados por la Escuela Cubana de Medicina, su realidad cambiará notablemente y las ansias de disminuir la tasa de mortalidad infantil, en general, serán posibles para el año 2015.¹⁷

Todos los indicadores estudiados en esta investigación mostraron un mejor comportamiento durante el año 2007, lo que se corresponde con el fortalecimiento de la brigada médica cubana en Timor Leste, aunque aún queda mucho por hacer para lograr mejores resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera Alcázar V. Atención prenatal. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Vol. 1. 2da ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. p. 225-31.
2. Organización Mundial de la Salud. La mortalidad infantil descendió un 36 % en las dos últimas décadas [internet]. Ginebra: OMS; 2011 [citado 19 ago. 2012]. Disponible en: <http://www.elnuevodiario.com.ni/internacionales/113852>
3. Rebeca EE. Timor Leste: contribuciones internacionales a un estado débil. Temas. 2008;(53):33-4.
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Conozca UNICEF [internet]. Estados Unidos: UNICEF; 2004 ene. [citado 13 abr. 2013]. Disponible en: http://www.google.com/books?hl=es&lr=&id=DaEXj3txf_IC&oi=fnd&pg=PT4&dq=parteras+n+Timor+Leste&ots=9Y0LEwBT_r&sig=xt4CoWqDRsjtqomsDHQVLu_yDEA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
5. Ortega Alvelay A, Osorio Pagola MF, Monzón Vega D, Vega Galindo M. Caracterización de niños menores de cinco años con malnutrición proteico-energética grave atendidos en una clínica de Timor Leste. Medisur [internet]. 2010 sep.-oct.[citado 13 abr. 2013];8(5):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v8n5/v8n5a984.pdf>
6. Kennedy E, Gray N, Azzopardi P, Creati M. Adolescent fertility and family planning in East Asia and the Pacific: a review of DHS reports. Reprod Health [internet]. 2011 May 5 [citado 19 abr. 2013];8:[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3113330/>
7. Almarales Sarmiento G, Tamayo Peña DI, Pupo Damas H. Factores de riesgos reproductivos preconceptionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste. Correo Cient Méd Holguín [internet]. 2008 [citado 30 dic. 2012];12(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no123/n123ori10.html>
8. Puente Beresford L. Mujeres pobres tienen 76 millones de embarazos no deseados [internet]. México DF: CIMAC; 2012 [citado 19 dic. 2011]. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/47448>
9. Oiveros M, Chirinos J. Prematuridad: Epidemiología, morbilidad y mortalidad perinatal. Pronóstico y desarrollo a largo plazo. Rev Peruana Ginecol Obstet. 2008;54(1):7-10.

10. Leal Soliguera MC. Comportamiento del bajo peso al nacer y repercusión sobre la mortalidad infantil en el quinquenio 2001-2005. Rev Cubana Obstet Ginecol [internet]. 2009 [citado 30 mar. 2011];35(4):[aprox. 4 p.]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_4_09/gin11409.htm
11. Sáez Rosell AT, Morejón Sotolongo Y, Espinosa Martínez J, Sáez Chirino G, Rosales Lameira MB, Soto Benítez MN. Incidencia y mortalidad del recién nacido bajo peso. Rev Cubana Obstet Ginecol [internet]. 2011 [citado 27 jun. 2012];37(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n4/gin04411.pdf>
12. Farnot U. Anemia y embarazo. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. p. 120-6.
13. Álvarez Sintés R. Salud materno-infantil: adolescente-embarazo y puerperio. En: Salud Familiar. Manual del Promotor. Venezuela. Maracay: Instituto de Altos Estudios en Salud Pública; 2004. p. 62-71.
14. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2009: salud materna y neonatal [internet]. Nueva York: UNICEF; 2008 [citado 19 jul. 2012]. Disponible en:
<http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/EMI2009.pdf>
15. Organización Mundial de la Salud. ¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto? [internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 7 mayo 2013]. Disponible en:
<http://www.who.int/features/qa/12/es/>
16. Organización de Naciones Unidas. Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio [internet]. Estados Unidos: ONU; 2013 [actualizado 2013; citado 23 jul. 2013]. Disponible en:
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx>
17. Diego Nusa J. Agradece Timor Leste ayuda médica cubana [internet]. La Habana: Agencia Cubana de Noticias; 2006 [citado 28 sep. 2012]. Disponible en:
<http://www.ain.cu/2008/marzo/18astimor.htm>

Recibido: 29 de mayo de 2013

Aprobado: 15 de junio de 2013