



Cambios en la tendencia temporal del falso trabajo de parto en Chile, 2010 al 2019.

Ruiz-Tagle Osses, C. ¹

¹ Kinesiólogo, MPH. MBA. Escuela de Salud Pública, Universidad Mayor.

Introducción

El falso trabajo de parto es la percepción de contracciones conocidas como Braxton-Hicks. Es un proceso fisiológico y no son inductivas del trabajo de parto real, ya que no causa dilatación de cuello uterino y no culmina con el nacimiento. El bajo el nivel de conocimiento al respecto por parte de la comunidad genera consultas a urgencia evitables para las usuarias. Por otro lado, el exceso de exposición de las gestantes a los riesgos hospitalarios se relaciona con infecciones. Se recomienda evitar la exposición innecesaria a virus y bacterias circulantes, reduciendo las infecciones perinatales con consecuencia de parto prematuro, muerte fetal o neonatal.

Materiales y Métodos

Se utilizó un diseño de estudio observacional, ecológico. Se estimaron tasas generales y estratificadas por edad de egreso hospitalarios por falso trabajo de parto (CIE.10: O470-O471-O479) cuya fuente de información fue el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) y las mujeres en período fértil del registro censal del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se realizó ajuste de tasas por método directo. Con el uso del software Joinpoint[®], se calculó el Porcentaje de Cambio Anual de los egresos hospitalarios por esta causa. Se utilizó el modelo segmentado de Poisson. Para seleccionar el número de joinpoint se seleccionó el método grid search. Se estableció el nivel de significancia estadística de 0,05.

Resultados

En la serie de tiempo del año 2010 al año 2019 hubo 16.531.675 egresos por falso trabajo de parto en hospitales del SNSS en Chile. La tasa bruta de falso trabajo de parto fue de 2,05 por mil mujeres para el período. La tasa ajustada por edad fue 2,74 y 1,25 por mil mujeres para el año 2010 y 2019 respectivamente. En el período 2010 al 2019 se observó un joinpoint generando dos segmentos, el primero con un PCA de -5,35 (IC95% [-6,6; -4,1] valor de $p < 0,001$) entre el 2010-2015 y de -11,89 (IC95% [-13,5; -10,2] valor de $p < 0,001$) en entre el 2015-2019. Se observó un descenso en las tasas por grupos de edades, donde el grupo de 15 a 24 y 25 a 34 años presentó un joinpoint en el año 2015, generando dos segmentos. En el grupo de 35 a 44 años no se observó joinpoint, por lo que solo se generó un segmento. En los tres grupos, el descenso fue estadísticamente significativo.

Figura 1: Evolución de la tasa ajustada por edad de egresos hospitalarios por falso trabajo de parto en hospitales del SNSS en Chile, período 2010 al 2019.

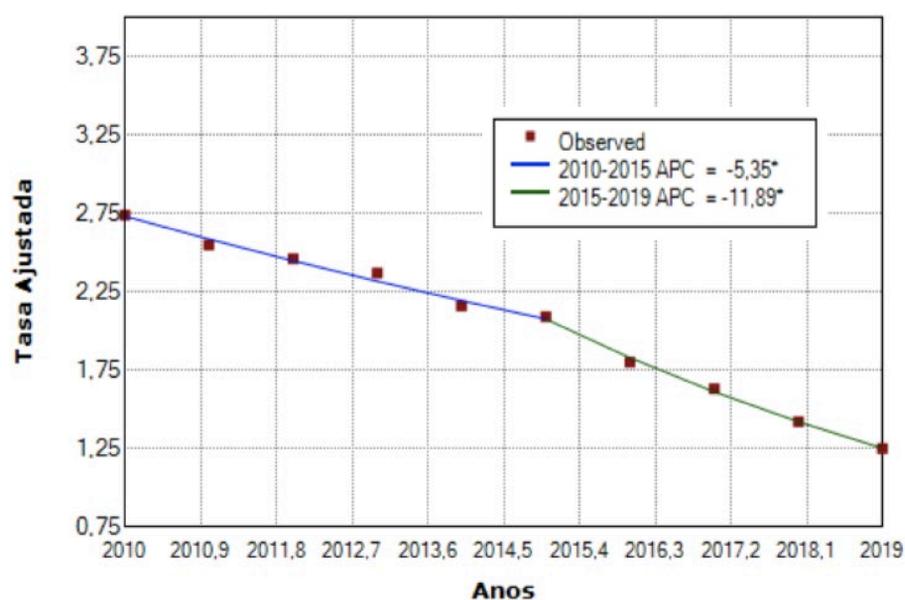


Tabla 1: Número de joinpoint y porcentaje de cambio anual para tasa de egresos hospitalarios por grupos de edad por falso trabajo de parto en hospitales del SNSS en Chile, período 2010 al 2019.

Grupos	Nº de joinpoint	Período	PCA	IC 95%	Valor de p
15 a 24 años	2	2010-2015	-6,6	-8,5; -4,7	<0,001
		2015-2019	-15,9	-18,2; -13,5	<0,001
25 a 34 años	2	2010-2015	-3,3	-4,4; -2,1	0,001
		2015-2019	-8,6	-10,1; -7,1	<0,001
35 a 45 años	1	2010-2019	-10	-17,4; -2	0,021

Conclusión

El descenso podría relacionarse con mejoras en las políticas que protegen y educan a las mujeres gestantes, por ejemplo, el Programa Chile CreceContigo, el año 2007, tiene como misión acompañar, proteger y apoyar íntegramente a todos los niños, niñas y familias, desde la etapa de gestación. La Norma Técnica para la Atención del Puerperio, el año 2015, estandariza y regula las atenciones a gestantes en su etapa prenatal, de parto y postparto. El descenso de natalidad del país, se relaciona con determinantes sociales, acceso a anticonceptivos, distintos roles de la mujer en la sociedad, etc. En las tendencias por edad, las mujeres jóvenes tuvieron una tasa más alta y un descenso más pronunciado, lo cual se puede relacionar a un mayor porcentaje de mujeres primigesta, lo que se asociaría a menor conocimiento y experiencia. Además, las mujeres más jóvenes presentan mayores tasas de fecundidad específica, lo cual respondería a mayor una tasa. Es importante educar a las gestantes para poder discriminar un falso trabajo de parto y acudir a los recintos hospitalarios en el momento adecuado para evitar riesgos de infecciones evitables, parto prematuro o muerte neonatal.

Referencias

- INE. Boletín Estadísticas Vitales. Chile; 2018. 2. Banco Mundial. Tasa de natalidad, nacidos vivos en un año (por cada 1.000 personas) [Internet]. 2018. 3. Liao JB, Buhimshi CS, Norwitz ER. Normal labor: mechanism and duration. *Obstet Gynecol Clin North Am*. junio de 2005;32(2):145-64. vii. 4. Definición de embarazo a término. *Vol. 73, Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. scielon ; 2013. p. 285-6. 5. Friedman E. The graphic analysis of labor. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1954;68(6):1568-75. 6. García Jordá D. Representaciones y prácticas sobre el nacimiento: un análisis desde la perspectiva antropológica. *Ciudad de La Habana, 2007-2010*. 2010;2007-10. 7. Parra C M, Quiroz V L, Schepeler S M, Calvo P X, Pérez C P, Díaz S R, et al. Evaluación Gráfica Del Partograma En Primigestas Con Manejo Médico Del Trabajo De Parto. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2005;70(1):8-11. 8. Lavanderos S, Díaz-Castillo C. Evidence-based recommendations for achieving humanized Birth. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2021;86(6):563-72. 9. Raines DA, Cooper DB. Braxton Hicks Contractions. *En Treasure Island (FL)*; 2021. 10. Carmen Soto L, Hilda Teuber L, Clemencia Cabrera F, Miguel Marín N, Cabrera J, Mahal Da Costa S, et al. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto : una vía hacia el parto natural. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2006;71(2):98-103. 11. Woodd SL, Montoya A, Barreix M, Pi L, Calvert C, Rehman AM, et al. Incidence of maternal peripartum infection: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2019;16(8):797-819. 12. Meijer WJ, Van Noortwijk AGA, Bruinse HW, Wensing AMJ. Influenza virus infection in pregnancy: A review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(8):797-819. 13. MIDEPLAN. Ley 20.379. Biblioteca Congreso Nacional. Chile; 2013. 14. González-Burboa A, Arteaga-Herrera O, Vera-Calzaretta A, Acevedo-Cossio C, González-Torres I, Muller-Ortiz H, et al. Percepción de stakeholders de "Chile Crece Contigo", acerca de su implementación en la comuna de Concepción, Chile. *Rev Salud Pública*. 2019;21(1):49-55. 15. OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Ginebra; 1992. 16. Antini C, Rajs D, Muñoz-Quezada MT, Mondaca BAL, Heiss G. Reliability of cause of death coding: an international comparison. *Cad Saude Publica*. 2015;31(7):1473-82. 17. Association WM. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 27 de noviembre de 2013;310(20):2191-4. 18. Salinas P. H, Lenz A. R. Un Analisis Economico De La Medicina Materna Y Fetal En Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2002;67(4):324-31. 19. Manss Patricia BB. Empezando a crecer. *Chile crece contigo*. 2007;1-44. 20. Kullmann D. Editorial. *Brain*. 2014;137(2):307. 21. Ministerio de Salud Chile. Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio. *Serie Guías Clínicas MINSAL*. 2015. 297 p. 22. Díaz A, Sanhueza R P, Yaksic B N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Vol. 67, Revista chilena de obstetricia y ginecología*. scieloc ; 2002. p. 481-7. 23. Instituto Nacional de Estadística de Chile. Anuario de estadísticas vitales, año 2019. 2021;30.