

ORIGINALES

Análisis retrospectivo de los resultados perinatales en la última década

M.A. Barber, W. Plasencia, A. Martín, I. Eguiluz, O. Ramírez y J.A. García-Hernández

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España.

ABSTRACT

Objective. We retrospectively analyzed 74,493 deliveries in the Hospital Universitario Materno-infantil de Canarias in the previous 10 years. Delivery route and perinatal results were studied. To analyze the deliveries in the Obstetrics and Gynecology Unit of the Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias (Spain) from 1992 to 2002.

Material and method. A total of 74,493 deliveries were analyzed. The deliveries were classified according to route. The following parameters were analyzed to evaluate perinatal results: 5-minute APGAR score, neonatal pH, admission to the neonatal intensive care unit (NICU), and mortality rate in neonates weighing more than 1,000 g.

Results. Deliveries were normal in 73%, forceps were required in 13.4%, and cesarean section was performed in 11.8%. APGAR scores at 5 minutes of less than 7 were found in 1%. A pH of less than 7 was found in 1.1%. Admission to the NICU was required in 1%. The neonatal mortality rate was 6.5‰.

INTRODUCCIÓN

Si bien en España se ha comprobado un retroceso en el número de nacimientos, en nuestro centro se ha mantenido de forma constante un número elevado de partos anual. Intentamos evaluar los resultados perinatales obtenidos en los últimos años en comparación con las cifras de parto mediante cesárea, mantenidas de forma estable.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisaron, retrospectivamente, los datos de las historias clínicas de todas las pacientes asistidas consecutivamente, en la unidad de paritorio y puerperio del

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias, del 1 de enero de 1992 hasta el 31 de diciembre de 2002. Se analizaron 74.493 historias, de las que se extrajeron la vía del parto en cada caso y se hallaron las tasas de cesáreas, fórceps y partos eutócicos. Se comprobó su evolución a lo largo de los años, y se llevó a cabo un estudio de los resultados obtenidos en los niños nacidos durante idéntico período. Para la valoración de dichos resultados perinatales, previamente consensuamos qué datos de la historia clínica se considerarían malos resultados perinatales; así, se decidió considerar la existencia de un mal resultado perinatal cuando al neonato se le adjudicara, por parte del servicio de neonatología, un test de APGAR a los 5 min de vida con una puntuación menor de 7, su pH arterial posparto fuese menor de 7, o su ingreso se produjese en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Obviamente, se consideraron buenos resultados perinatales el test de APGAR igual o mayor de 7, un pH arterial igual o mayor de 7 y los neonatos que han pasado a nidos.

En cuanto a la mortalidad perinatal, se registraron solamente los datos de fetos con peso mayor a 1.000 g; se analizó de forma individualizada la mortalidad anteparto, intraparto y neonatal. En cuanto a la mortalidad neonatal, se distinguió la mortalidad neonatal ampliada, así como la mortalidad perinatal tardía.

RESULTADOS

Como se ha comentado previamente, en el período comprendido en el decenio de 1992 a 2002, en nuestro centro se asistieron 74.493 partos, número acorde con la población actual de nuestra isla. Se produjo un incremento paulatino en el número total de partos cada año, aunque con cifras bastante homogéneas, que pasaron de 7.459 en 1992 a 7.774 en 2002. Se continuó con la misma línea en los partos registrados en 2003 (fig. 1).

En cuanto a la finalización del parto, el 73,2% de éstos lo hizo de forma eutócica. Se produjo un descenso en la tasa del 76% en 1992 al 71% en los últi-

Aceptado para su publicación el 16 de febrero de 2005.

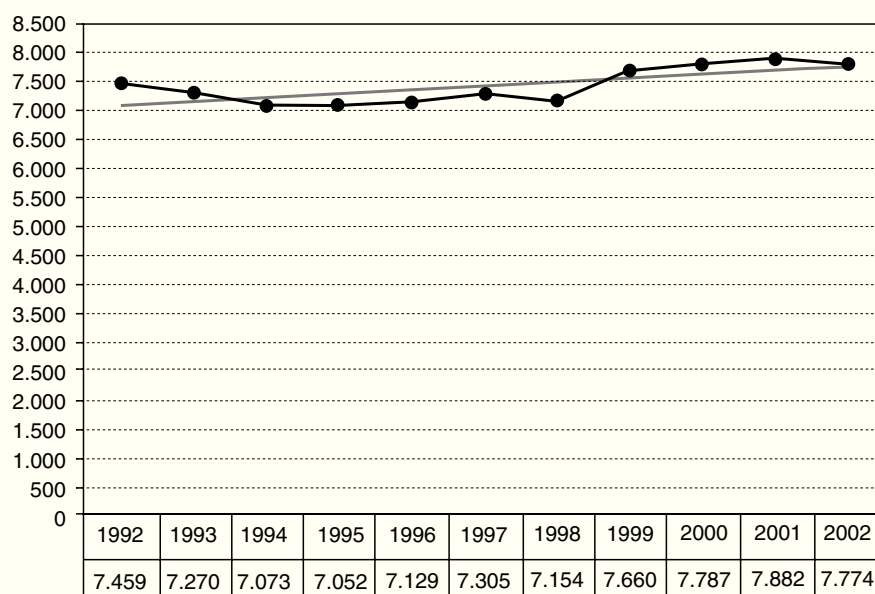


Fig. 1. Total de partos en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias de 1992 a 2002.

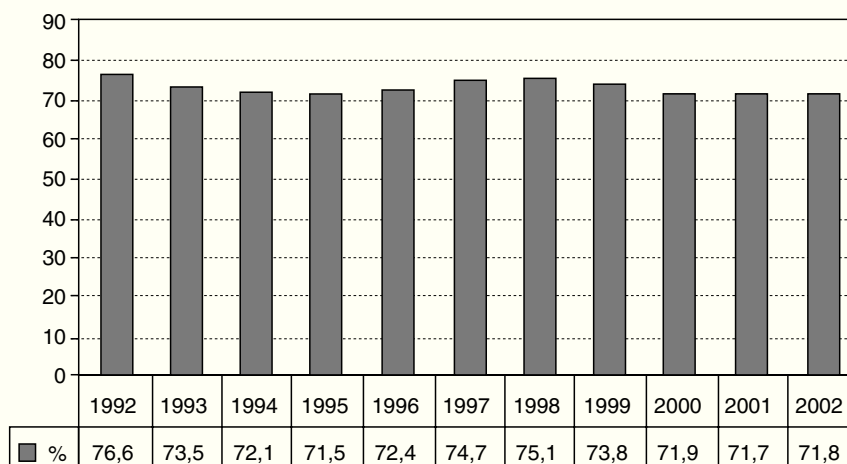


Fig. 2. Tasa de partos eutócicos en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias por año, de 1992 a 2002.

mos 3 años, donde la cifra de partos eutócicos se ha mantenido constante. En la tasa de partos mediante fórceps se ha producido un cambio más llamativo, que ha pasado de un 9% en el año 1992 a un significativo 16% de los últimos 2 años. Con una media del 13,4% de todos los partos asistidos en nuestra unidad. Creemos que este hecho se debe, principal-

mente, a 2 datos fundamentales: el aumento de la tasa de anestesia epidural administrada y la desaparición de otros tipos de tocurgia, como la ventosa o las espátulas, que no realizamos en nuestro centro, sin olvidar que se trata de un hospital docente, con médicos residentes en período de formación (figs. 2 y 3).

Fig. 3. Tasa del uso de fórceps en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias por año, de 1992 a 2002.

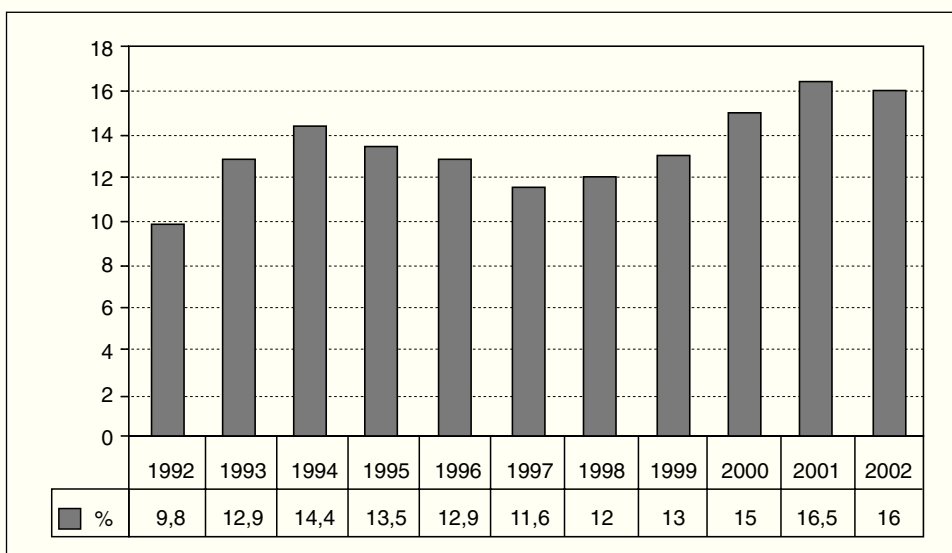
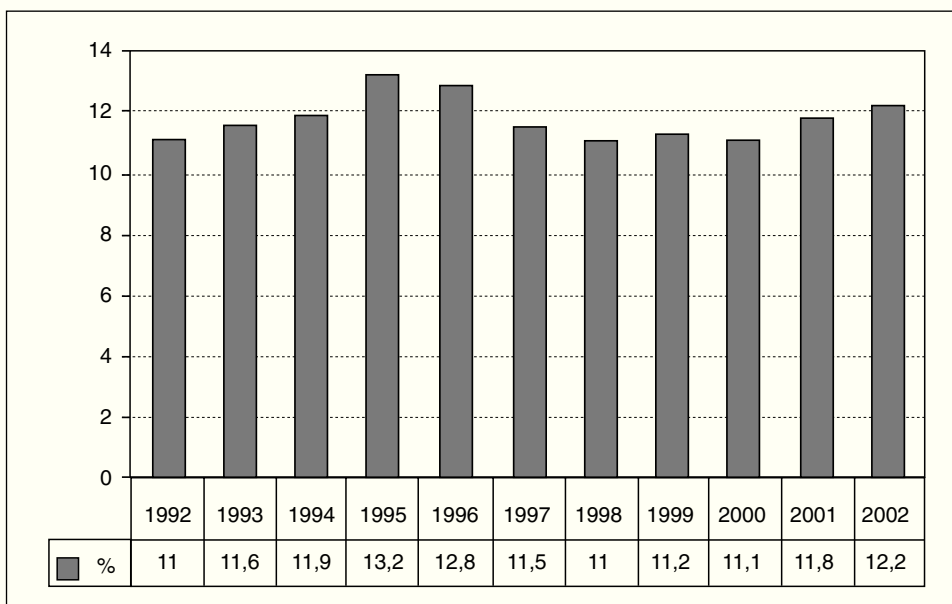


Fig. 4. Tasa de cesáreas en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias por año, de 1992 a 2002.



En cuanto a los partos terminados mediante cesárea, representan el 11,8% de los atendidos en los últimos 10 años, con solamente un 12,2% durante 2002, cifra sensiblemente menor que las recogidas en los datos de otros centros asistenciales del servicio nacional de salud¹⁻³ (fig. 4). El hecho de que la tasa de cesáreas no se haya disparado durante la última década, en contraposición con otros centros de similares características, o incluso con otros países, como Estados Unidos, con una tasa de cesáreas del 23% en 1985¹, se debe a la

aplicación de una estrategia para disminuir el número de cesáreas. Martín et al⁴ expusieron en 1999 las premisas de esta estrategia: *a)* definir las indicaciones de cesárea; *b)* sesión clínica diaria, donde se analiza la actividad obstétrica; *c)* sesión mensual, donde se analizan todos los datos; *d)* sesión trimestral con el ranking de equipos de guardia, y *e)* coordinación precisa entre todos los miembros del servicio. Durante los últimos 10 años, la tasa de cesáreas osciló entre el 11 y el 13,2%, y se situó en el 12,2% en 2002, con un claro

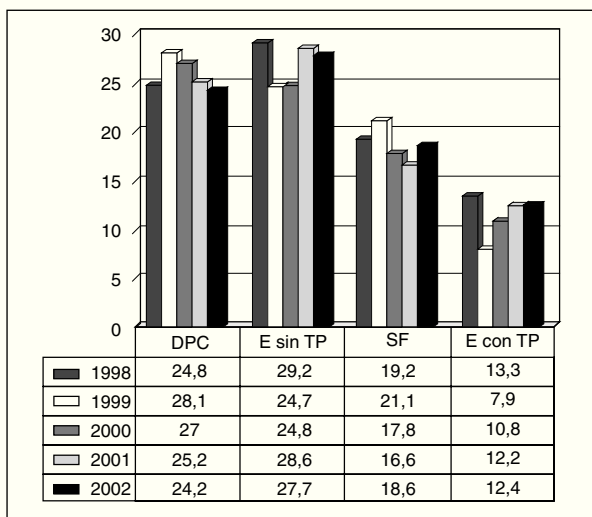


Fig. 5. Indicaciones de cesáreas y año (I). DPC: desproporción pelvifetal; E sin TP: electiva sin trabajo de parto; SF: sufrimiento fetal; E con TP: electiva con trabajo de parto.

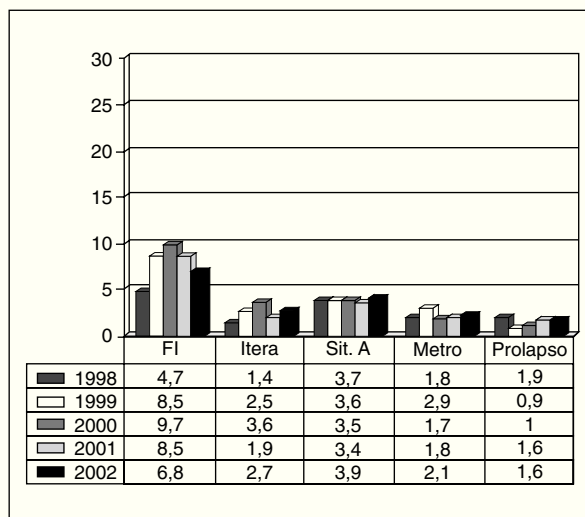


Fig. 6. Indicaciones de cesáreas y año (II). FI: fallo de indicación; Itera: iterativa; Sit. A: situación anómala; Metro: metrorragia.

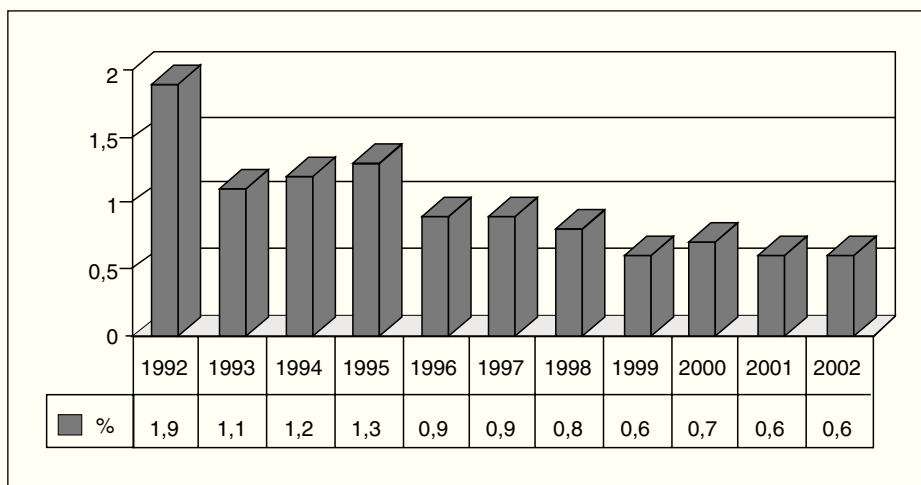


Fig. 7. Test de APGAR menor de 7 a los 5 min de vida.

descenso de la mortalidad perinatal, como se verá más adelante. La existencia de una estrategia para la disminución en el número de cesáreas es un hecho más que contrastado, como expone Usandizaga et al⁵, con un descenso en la tasa de éstas del 15 al 12,6%, tras 5 años aplicando la estrategia.

La mayoría de los estudios y publicaciones sobre las indicaciones de cesáreas, las dividen en 4 grupos: a) distocia; b) cesárea anterior; c) podálico; y d) riesgo fetal aumentado⁶; algunos autores incluyen un quinto grupo de «otras indicaciones»⁷. Nosotros intentamos el parto vaginal en los casos de cesárea anterior y presentación de nalgas, siempre y cuando no

exista contraindicación para éste, por lo que nuestras indicaciones de cesárea son sensiblemente diferentes, con más detalle en la indicación. Las indicaciones de cesárea en nuestro centro y durante el año 2002 son: un 24,2%, desproporción pelvifetal; un 18,6%, sufrimiento fetal; un 27,2%, cesárea electiva sin inicio de trabajo de parto; un 12,4%, cesárea electiva cuando la paciente ha iniciado el trabajo de parto; un 6,8%, fallo de inducción; un 3,9%, situación anómala; un 2,7%, iterativa; un 2,1%, metrorragia, y un 1,6%, prolapso funicular (figs. 5 y 6).

En cuanto a la valoración de los resultados perinatales, se valoraron 4 parámetros: el test de APGAR, el

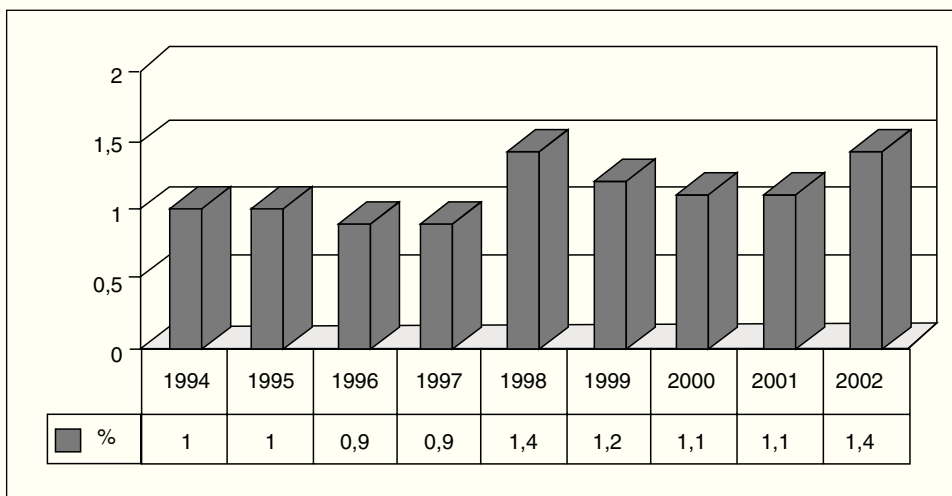


Fig. 8. pH arterial menor de 7 en el nacimiento.

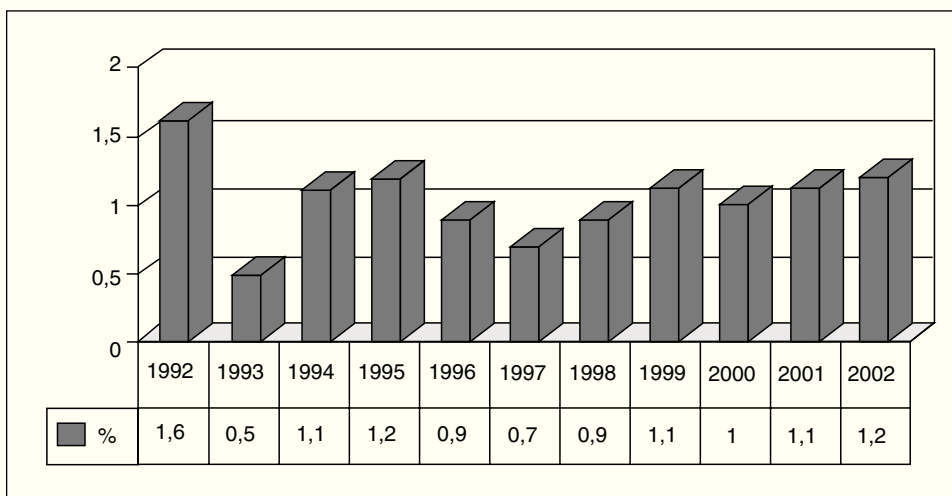


Fig. 9. Ingreso de recién nacidos en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

pH arterial posparto, el ingreso de los neonatos en la UCIN y la mortalidad perinatal. En cuanto a la puntuación en el test de APGAR a los 5 min de vida menor de 7, se produce un paso del 1,9% en 1992 a un 0,6% en 2002, con una tasa media del 1% de los recién nacidos con este resultado adverso en los últimos 10 años, aunque destaca un descenso llamativo, que se mantiene en un 0,6% en los años 2001 y 2002. Otro parámetro estudiado fue la existencia de un pH arterial posparto menor de 7, y en la década se mantiene una media del 1,1%, con un aumento al 1,4% en 2002. Sólo el 1% de los recién nacidos en ese período fueron ingresados en la UCIN, la mayoría por prematuridad y bajo peso al nacimiento. Si considerásemos a los recién nacidos ingresados en la UCIN por emba-

razos con edad gestacional mayor o igual a 34 semanas, la tasa de ingresos sería solamente del 0,4%.

En la mortalidad perinatal en recién nacidos con un peso mayor de 1.000 g, se produjo un descenso gradual del 7,3‰ en 1992 al 4,7‰ en el último año; la tasa de mortalidad media es del 6,5‰, con una mortalidad anteparto del 4,8‰, intraparto del 0,2‰ y neonatal del 1,5‰ y un descenso paulatino de todas ellas durante el decenio. Datos sensiblemente inferiores a los de otras series⁸.

La tasa de mortalidad neonatal durante este período fue del 1,5‰, con una mortalidad neonatal ampliada, en mayores de 1.000 g, del 7‰ y neonatal tardía del 0,5‰; durante el año 2002 estas tasas fueron del 5,1 y del 0,4‰ (figs. 7-12).

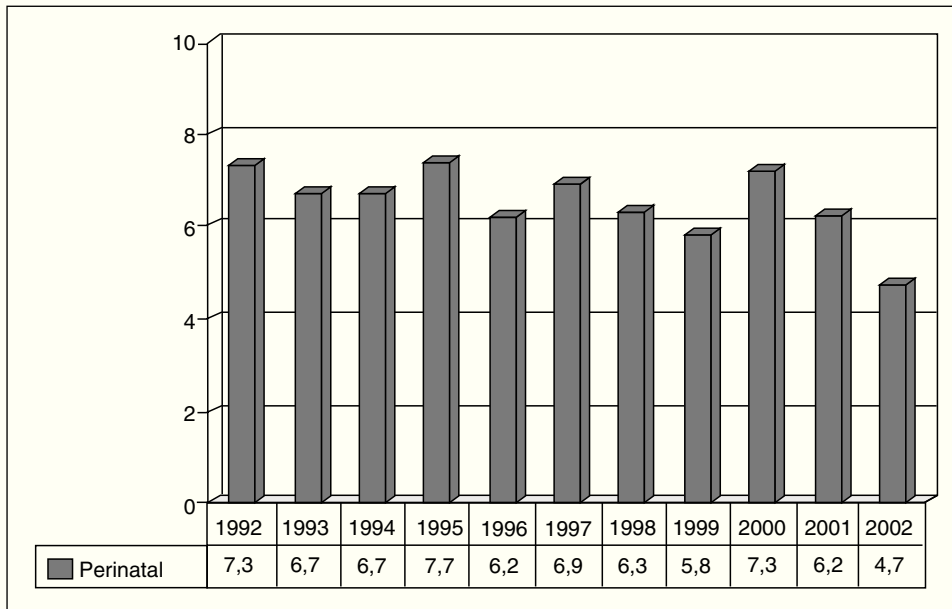


Fig. 10. Mortalidad perinatal en recién nacidos con más de 1.000 g.

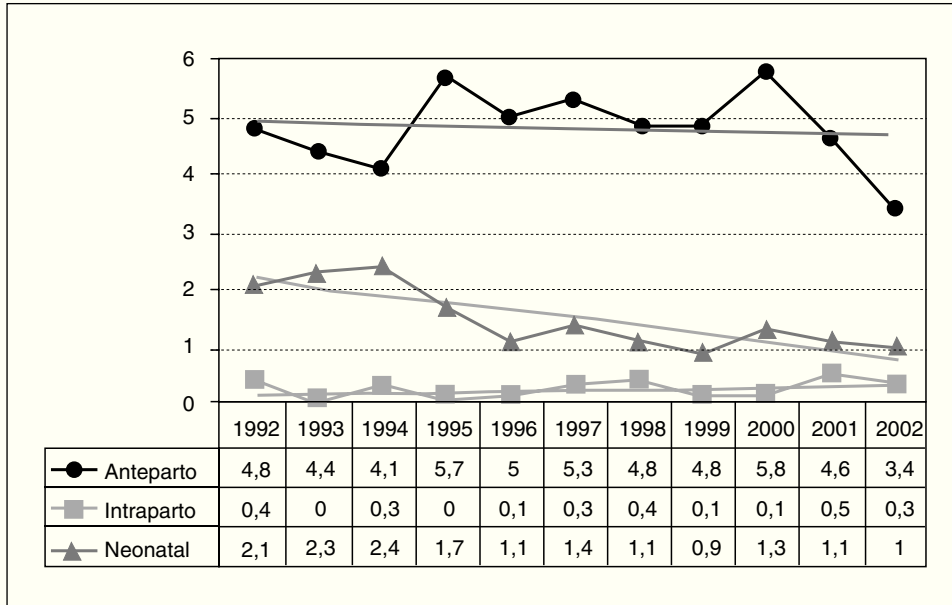


Fig. 11. Mortalidad anteparto, intraparto y neonatal.

CONCLUSIONES

Tras la valoración de los resultados perinatales obtenidos tras el análisis de los partos atendidos en nuestro centro durante los últimos 10 años, vemos que, pese a un leve aumento en la tasa de cesáreas practicadas, se produce un descenso marcado en la mortalidad y una mejoría franca de los resultados pe-

rinatales. Esto nos lleva a la conclusión de que, pese al alarmante aumento en la tasa de cesáreas que sufrimos en la actualidad, no parece que exista una relación directa entre el número realizado con una mejoría en los resultados perinatales, con el claro aumento en la morbilidad materna. Hemos comprobado que el número de cesáreas puede mantenerse estable o aumentar levemente si existe una estrategia adecuada

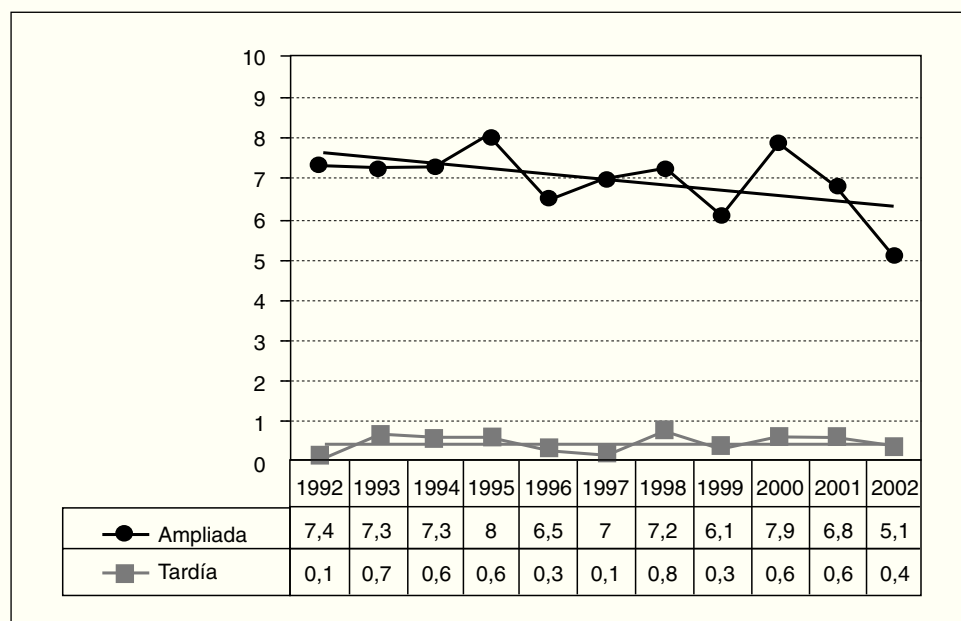


Fig. 12. Mortalidad neonatal ampliada y neonatal tardía.

para tal efecto, tal y como se ha realizado en otros centros. Creemos que los resultados obtenidos son el fruto de una aplicación estricta y rigurosa del arte obstétrico, con la intención de terminar todos los partos de la forma más adecuada y tener indicaciones muy precisas para la indicación de la tocurgia.

RESUMEN

Objetivo. Análisis de 74.493 partos atendidos en la unidad de paritorio del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias durante el período comprendido entre 1992 y 2002.

Material y método. Se analizaron los partos; se diferenciaron las diferentes vías del parto y, posteriormente, se analizaron los diferentes parámetros para valorar nuestros resultados perinatales. Se valoraron: el test de APGAR a los 5 min de vida, el pH arterial neonatal, el ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales y la mortalidad perinatal en neonatos con peso mayor de 1.000 g.

Resultados. Un 73% de los partos fueron eutócicos, un 13,4% mediante fórceps y un 11,8% con cesárea. Un 1% presentó una puntuación en el test de APGAR a los 5 min menor de 7, un 1,1% tuvo un pH menor de 7, un 1% de los recién nacidos ingresó en la UCIN y la mortalidad perinatal fue del 6,5‰

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabré S, Rodríguez MA, Vela A, Borrás M, Lailla JM. Incidencia de cesáreas. Evolución. Causas. Análisis de 17 años. Prog Obstet Ginecol. 2002;45:192-200.
2. Lafaja J, Lanzón A, González M, Camplillos M, Gil E. Índices de partos instrumentales y cesáreas en un hospital de tercer nivel en el período de 1994 a 1998. Comunicaciones XXVI Congreso de la SEGO. Prog Obstet Ginecol. 1999; 42:8001-31.
3. Arduan MI, Morales MJ, Egea MI, Pulpillo I, Montoya F, Padilla MC. Cesáreas: Tasa e indicaciones. 1998. Comunicaciones XXVI Congreso de la SEGO. Prog Obstet Ginecol. 1999; 42:8001-31.
4. Martín A, Schamann Y, Medina N, García JA. Evaluación de una estrategia para disminuir el índice de cesáreas en el Hospital universitario materno infantil de Canarias. Comunicaciones XXVI Congreso de la SEGO. Prog Obstet Ginecol. 1999;42:8001-31.
5. Usandizaga M, Marqués A. Un intento de controlar las tasas de cesáreas. Revisión al cabo de cinco años. Prog Obstet Ginecol. 2001;44:75-81.
6. Vergara F, Abel F, Álvarez D, Coll C, Cuadrado C, González-Merllo J, et al. Consideraciones éticas sobre la cesárea. Comisión de bioética de la SEGO. Prog Obstet Ginecol. 2001;44:46-5.
7. Lain JM, Rigau C, Olivares JM, Aznar M, Riera M, Sáez J. Reducción de las tasas de cesárea. ¿Una utopía? Comunicaciones XXVI Congreso de la SEGO. Prog Obstet Ginecol. 1999;42:8001-31.
8. Camplillos JM, Pérez J, Villacampa A, Rodríguez B, Lanzón A, Gil E. Mortalidad perinatal en nuestro medio. Comunicaciones XXVI Congreso de la SEGO. Prog Obstet Ginecol. 1999;42:8001-31.