



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Resultados de la atención perinatal en el año 2007. Evolución en el último decenio

Longinos Aceituno*, María Huertas Segura, María Teresa Sánchez, Encarna Ruiz, Luis Delgado, Valois González, Leonardo Mauro Aisa y Ana Isabel Barqueros

Servicio de Ginecología, Hospital La Inmaculada, Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería, Servicio Andaluz de Salud, Almería, España

Recibido el 21 de julio de 2009; aceptado el 27 de octubre de 2009

Accesible en línea el 22 de enero de 2010

PALABRAS CLAVE

Cesárea;
Parto instrumental;
Mortalidad perinatal;
Resultados perinatales

KEYWORDS

Cesarean section;
Instrumental delivery;
Perinatal mortality;
Perinatal outcomes

Resumen Para conocer la calidad de la atención sanitaria que ofrecemos a las gestantes, es imprescindible conocer nuestros resultados y compararlos. Con esta finalidad, presentamos los resultados de la asistencia al parto durante el año 2007. Destacamos: mantenemos una tasa baja de cesáreas (13,65%) y de partos instrumentales (5,18%), aunque se ha puesto en marcha un programa de atención al parto con analgesia epidural (el 35% se atienden con esta técnica). Las tasas de mortalidad perinatal estándar y ampliada han disminuido un 70%, en 10 años. Probablemente, en estos resultados influya que nuestro centro sigue las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en relación con los cuidados que se deben realizar durante el parto. Nuestra filosofía es: «Interferir con el proceso fisiológico del parto en ausencia de indicación médica incrementa el riesgo de complicaciones para la madre y el recién nacido». © 2009 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Results of perinatal care in 2007. Evolution in the last decade

Abstract The determination and comparison of outcomes is essential to evaluate the quality of care provided to pregnant women. To do this, we present the results of perinatal care in 2007. The following results are emphasized: a low rate of cesarean sections (13.65%) and instrumental deliveries (5.18%) was maintained, although a program of delivery with epidural analgesia (35% of fetuses were delivered with this procedure) was started. The standard and expanded rate of perinatal mortality fell by 70% in 10 years. These results were probably influenced by our center's policy of following the recommendations of the World Health Organization on the care provided during delivery. Our philosophy is that «to Interfere with the physiological process of childbirth without medical indication increases the risk of complications for the mother and newborn». © 2009 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laceitunov@sego.es (L. Aceituno).

Introducción

La calidad de la atención sanitaria ha preocupado siempre a los profesionales que trabajamos en el área de paritorio, pero para conocer el grado de esta calidad es imprescindible medir nuestros resultados¹, compararlos con los estándares que existen en cada momento y analizar su evolución. El principal objetivo de este conocimiento es conseguir una mejora continua en la calidad de nuestra asistencia a la gestante, mediante la mejora de aquellos aspectos de nuestra asistencia que sean subóptimos.

Asimismo, en la estrategia del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS), en el apartado 12 se señala la importancia de diseñar un sistema de información del SNS fiable, oportuno y accesible, que haga frente a las demandas de información sobre los servicios sanitarios públicos que tienen las/os ciudadanas/os, las/os profesionales y las administraciones sanitarias. Dentro de este apartado, se establece también la necesidad de seleccionar y definir los indicadores claves del SNS. El objetivo esencial del Plan de Calidad es asegurar una atención sanitaria de excelencia, más personalizada y más centrada en las necesidades particulares «de la gestante»...²

Nuestra sociedad científica, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)³, también se ha manifestado al respecto. La comisión de bioética de la SEGO señala «que se deben publicar periódicamente los datos contrastados (sobre los resultados de la asistencia al parto) con constancia de la salud de los recién nacidos, así como exigir un control de calidad en los hospitales público y privados».

El objetivo de esta publicación es presentar una selección⁴ de nuestros resultados de la asistencia a la mujer de parto y compararlos con los estándares existentes y con los resultados obtenidos hace 10 años.

Material y método

Población de referencia

El número de usuarias que corresponden al «área de gestión sanitaria norte de Almería» son 63.000 mujeres. La población es predominantemente rural, que trabaja principalmente en la agricultura y en el sector servicios, con una tasa alta de mujeres emigrantes que, en el año 2007, constituyeron el 35,43% de las parturientas.

Población de estudio

Durante el año 2007 se atendieron 1.465 partos en el Servicio de Obstetricia del Hospital La Inmaculada (Huerca-Overa), perteneciente al área de gestión sanitaria norte de Almería.

Diseño del estudio

Realizamos un estudio de cohorte retrospectivo.

El hospital carece de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCI), por lo que se trasladan al hospital de referencia (Complejo Hospitalario de Torrecárdenas) las gestantes en trabajo de parto con edad gestacional < 33 semanas (15 traslados), así como los recién nacidos que requieren

UCI (10 traslados), en el año 2007. En los datos de mortalidad perinatal se han incluido los resultados de estas gestantes y recién nacidos. Entre las gestantes se realizaron 6 cesáreas. En el año 1997 se atendieron 23 gestantes y de ellas se realizaron 11 cesáreas.

Tipo de asistencia

La asistencia a la gestante de parto se hace siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud⁵⁻⁷.

VARIABLES DE ESTUDIO

1. Número de partos.
2. Datos maternos: edad media de las gestantes y desviación estándar, paridad, incidencia de analgesia epidural, incidencia de gestantes con una sola cesárea anterior y sin parto vaginal previo, y resultados en estas gestantes.
3. Datos sobre el parto: tasa de inducciones, incidencia de cesáreas en gestantes con comienzo del parto espontáneo e inducido, tasa de cesáreas en inducciones que comienzan con prostaglandinas y oxitocina, tasa general de cesáreas, tasa de partos instrumentales general, tasa de partos instrumentales con y sin analgesia epidural, y tasa de episiotomías en partos eutócicos.
4. Comparación en la incidencia de cesáreas según la forma de comienzo.
5. Datos de morbilidad materna: tasa de desgarros de III y IV grado en gestantes con y sin episiotomía en parto eutócico, fórceps y ventosa. Tasa de transfusiones y fiebre puerperal en partos eutócicos, partos instrumentales y cesáreas.
6. Partos «no intervenidos» son aquellos partos de comienzo espontáneo, que no precisan oxitocina ni analgesia epidural y que terminan en un parto eutócico sin episiotomía.
7. Datos fetales-neonatales: incidencia de gemelares, tasa de prematuridad, incidencia de microsomía y macrosomía, tasa de pH < 7, tasa de traslados neonatales al servicio de pediatría y tasa de mortalidad perinatal estándar y ampliada.

Tasa de mortalidad perinatal estándar (TMPE): neonatos nacidos muertos y los que mueren antes de finalizar la primera semana de vida, cuyo peso es ≥ 1.000 g, por cada 1.000 nacidos.

Tasa de mortalidad perinatal ampliada (TMPA): neonatos que nacen muertos y los que mueren en los primeros 28 días de vida, cuyo peso es ≥ 500 g por cada 1.000 nacidos.

Definimos una nueva variable: «parto poco intervencionista», que es aquel de comienzo espontáneo, que no requiere analgesia epidural ni oxitocina y que termina en un parto eutócico sin episiotomía.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico utilizaremos el paquete estadístico SPSS versión 17.

Se realiza un análisis descriptivo univariante de las distintas variables. Para las variables cuantitativas se calcularán la media y la desviación típica. Para las variables cualitativas se calcularán los porcentajes.

Tabla 1 Datos maternos

VARIABLES	Datos 2007	Datos 1997	p
Número de partos	1.465	715	—
Edad media \pm DE (años)	28,94 \pm 4,90	28,18 \pm 5,59	NS
Primiparidad	50,10%	44%	0,004
Analgesia epidural	35,79%	0%	—
Gemelares	1,50%	0,42%	0,026
Gestantes con una sola cesárea previa y sin parto vaginal previo	5,11%	4,50%	0,58
Pruebas de parto en gestantes con una sola cesárea anterior	78,66%	78%	1
Tasa de cesáreas en gestantes con una sola cesárea anterior y prueba de parto	18,64%	28,20%	0,23

DE: desviación estándar; NS: no significativo.

Tabla 2 Tasa de cesáreas según la forma de comienzo del parto

Años	Tasa de cesáreas en partos de comienzo espontáneo	Tasa de cesáreas en partos de comienzo inducido	p	OR (IC del 95%)
1997	5,64%	21,54%	< 0,001	4,59 (2,74-7,69)
2007	5,72%	16,04%	< 0,001	3,14 (2,13-4,64)

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

Se realiza una prueba de asociación/independencia entre variables (corrección por continuidad de Yates/estadístico exacto de Fisher y prueba de la χ^2) a través del análisis de tablas de contingencia. Entre aquellas variables en que haya diferencias significativas, se calculará la *odds ratio* (OR) con su intervalo de confianza (IC) del 95%.

Establecemos como significación estadística una $p < 0,05$.

Resultados

El número de partos ha aumentado más de un 100% en el decenio estudiado.

La tasa de primiparidad ha aumentado un 13%, pasando del 44 al 50% ($p = 0,004$). La incidencia de mujeres menores de 20 años ha sido del 6,48% y las mayores de 35 años representan el 17,67% (año 2007), y en el año 1997 fueron el 6,59 y el 17,67%, respectivamente. El resto de los parámetros maternos se presentan en la [tabla 1](#).

La tasa de inducciones se ha mantenido constante (23,82% año 2007) en los años analizados.

La tasa de cesáreas es casi 3 veces superior cuando el comienzo del parto es inducido frente al comienzo espontáneo ($p < 0,001$); en el año 1997 era casi 4 veces superior ($p < 0,001$), diferencias que son estadísticamente significativas (ES) ([tabla 2](#)).

La tasa de cesáreas en las inducciones con prostaglandinas ha disminuido del 16,39 al 10,12% (pero las diferencias no son estadísticamente significativas); asimismo, también disminuye la tasa de cesáreas en las inducciones que comienzan con oxitocina (32% en el año 1997, 24% en el año 2007), pero las diferencias no son significativas.

La tasa de cesáreas y partos instrumentales no se ha modificado prácticamente (el 13,65 y el 5,18%, respectivamente, en el año 2007) ([tabla 3](#)).

La tasa de cesáreas en las primíparas fue del 16,75% y en las múltiparas del 10,12%. En las primíparas de «bajo riesgo», a término, embarazo simple y presentación cefálica fue del 11,93%.

La tasa de partos instrumentales se multiplica por 3 en aquellas mujeres con analgesia epidural (9,33%) frente a aquellas sin analgesia epidural (3,08%).

Tabla 3 Datos sobre comienzo parto y el parto

VARIABLES	Datos de 2007	Datos de 1997	p	OR (IC del 95%)
Tasa de inducciones	23,82%	25,42%	0,38	
Tasa de cesáreas en los partos inducidos que comenzaron con prostaglandinas	10,12%	16,39%	0,17	
Tasa de cesáreas en los partos inducidos que comenzaron con oxitocina	24,11%	32,20%	0,23	
Tasa de cesáreas electivas	5,8%	2,38%	< 0,001	
Tasa general de cesáreas	13,65%	11,93%	0,28	
Tasa de partos instrumentales	5,18%	6,45%	0,45	
Tasa de partos instrumentales sin analgesia epidural	3,08%	—	< 0,001	3,26 (2,03-5,23)
Tasa de partos instrumentales con analgesia epidural	9,33%	—		
Tasa general de episiotomías en partos eutócicos	14,69%	—		

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

Tabla 4 Morbilidad materna

Variables	Datos de 2007	p	OR (IC del 95%)
Desgarros de grado III y/o IV en gestantes sin episiotomía (partos eutócicos)	0,39%	< 0,001	8,98 (2,50-32,16)
Desgarros de grado III y/o IV en gestantes con episiotomía (partos eutócicos)	3,46%		
Desgarros de grado III y/o IV en partos eutócicos	0,84%	0,003	6,36 (1,94-20,76)
Desgarros de grado III y/o IV en partos instrumentales	5,12%		
Desgarros de grado III y/o IV en fórceps	12,5%	0,08	
Desgarros de grado III y/o IV en ventosas	1,85%		
Tasa de transfusiones en cesáreas	3%	0,014	4,04(1,42-11,50)
Tasa de transfusiones en partos eutócicos	0,75%		
Tasa de transfusiones en partos instrumentales	3,84%	0,034	5,23 (1,38-189,74)
Tasa de transfusiones en partos eutócicos	0,75%		
Incidencia de fiebre puerperal en cesáreas	2,50%	< 0,001	10,12 (2,39-42,68)
Incidencia de fiebre puerperal en partos eutócicos	0,25%		
Incidencia de fiebre puerperal en partos instrumentales	1,28%		

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

La distribución de los partos instrumentales fue: el 68% ventosas y el 32% ventosas en el año 2007.

La tasa de episiotomías en los partos eutócicos fue del 14,69% en el año 2007, el 100% fueron medio-laterales; no disponemos de datos del año 1997. La OR de presentar un desgarro de grado III y/o IV es casi 9 veces superior en las mujeres a las que se les realiza una episiotomía frente a las que no se realiza.

La tasa de episiotomías en los partos por fórceps es del 87,5% frente al 68,51% en los partos con ventosa, aunque hay una disminución de 20 puntos; las diferencias no son ES.

La tasa de desgarros de tercer y/o cuarto grado fue de 5,12% en los partos instrumentales frente al 0,84% en los partos eutócicos, diferencia ES ($p = 0,003$); la probabilidad de presentar un desgarro de grado III y/o IV en los partos instrumentales se multiplica por más de 6 que en los partos eutócicos.

Cuando valoramos el tipo de instrumento que se utilizó para realizar el parto instrumental, la tasa de desgarros de tercer y/o cuarto grado fue del 12,5% cuando se utilizó el fórceps y del 1,85% cuando se realizó una ventosa, aunque las diferencias no son ES ($p = 0,08$).

La morbilidad materna según el tipo de parto, y dependiendo de si se realiza o no episiotomía, se presenta en la tabla 4.

Las diferencias en la tasa de transfusiones entre las cesáreas y los partos eutócicos son ES ($p = 0,014$), la probabilidad necesitar una transfusión en una cesárea es 4 veces mayor que en un parto eutócico (OR = 4,04; IC del 95%, 1,42-11,50). Esta probabilidad aumenta a más de 5 cuando se realiza un parto instrumental frente a un parto eutócico (OR = 5,23; IC del 95%, 1,38-19,74). No hubo diferencias en la tasa de transfusiones entre las gestantes a las que se les realizó una cesárea o un parto instrumental.

No hubo diferencias significativas entre la incidencia de fiebre puerperal entre los partos instrumentales y el parto eutócico ($p = 0,59$); asimismo, tampoco la hubo entre los partos instrumentales y las cesáreas ($p = 0,86$). Sí hubo diferencias significativas en la incidencia de fiebre puerperal entre las cesáreas y los partos eutócicos, la probabilidad de presentar fiebre es más de 10 veces superior en la cesárea que en el parto eutócico ($p < 0,001$; OR = 10,12; IC del 95%, 2,33-42,68).

No hubo ninguna rotura uterina ni dehiscencia de histerotomía en las gestantes con cesárea anterior en el año 1997; en 2007 hubo una rotura uterina que se diagnosticó durante la cesárea iterativa no electiva, pero que no tuvo ninguna repercusión clínica en la madre ni el recién nacido; las diferencias no son significativas.

Tabla 5 Datos neonatales

Variables	Datos de 2007	Datos de 1997	p
Gemelares	1,50%	0,42%	0,026
Prematuridad	4,64%	5,89%	0,25
Microsomía (< 2.500 g)	5,65%	5,87%	0,92
Macrosomía (≥ 4.000 g)	7,06%	5,31%	0,15
pH cordón (arteria) < 7,00	0,69%	-	
Traslado recién nacidos al Servicio de Pediatría	14,06%	9,09%	0,001
Ingreso recién nacidos en UCI	0,87%	-	
Tasa de mortalidad perinatal estándar	2,02 por 1.000	8,17 por 1.000	0,03
Tasa de mortalidad perinatal ampliada	4,05 por 1.000	12,26 por 1.000	0,02

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

En relación con los datos neonatales (tabla 5), ha habido una disminución, tanto de la mortalidad perinatal estándar como de la ampliada, y las diferencias fueron ES.

Tuvimos 512 «partos poco intervencionistas», que representan el 34,94% del total de partos.

Comentarios

El número de partos ha aumentado más de un 100% entre 1997 y 2007, tres veces más de lo que han aumentado los partos en España (32,50%), en dicho período. A ello ha contribuido la llegada de mujeres inmigrantes, que hoy día representan más del 35% del total de partos, cuando en el año 1997 su representación era < 1%. En relación con España (18,9%)⁸, en nuestro centro la incidencia de mujeres extranjeras es casi el doble.

No ha habido modificación en la edad media de las parturientas (29 años). Asimismo, la tasa de parturientas menores de 20 años no se ha modificado prácticamente; representan el 6,48% del total de partos, dato que contrasta mucho con la cifra calculada por la SEGO⁹ para España en el año 2004 (3,17%). Sí ha habido un aumento importante en las parturientas de más de 35 años, casi se ha duplicado (17,67%), aunque estamos lejos de las cifras de la SEGO para el año 2004 (23,32%). Todo esto influye en la edad media de las mujeres que paren en nuestro centro (28,94 años), que es 2 años inferior que en España (31,95 años)⁸.

En relación con la paridad, el porcentaje de primíparas ha aumentado del 44 al 50%, aumento que ha sido estadísticamente significativo.

La tasa de inducciones se mantiene prácticamente constante (el 25,42% en 1997 y el 23,82% en 2007), aunque las cifras son altas, deberemos intentar disminuirla si queremos seguir manteniendo la tasa de cesárea, ya que están emergiendo nuevas indicaciones, tales como la cesárea por solicitud materna, sobre todo en gestantes con el antecedente de cesárea. En una encuesta que realizó la Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia en el año 2003¹⁰, la tasa de inducciones en Andalucía fue del 26,40%; en ese año en nuestro centro fue del 21,3%.

Fisch et al¹¹ encuentran una tasa de inducciones del 28% en 2003 en su centro; esto les motivó a poner en marcha un programa para disminuir la tasa de inducciones, alcanzando una tasa del 16,6% en un período de 3 años. Hay que recordar que la OMS⁶ recomienda que la tasa de inducciones se sitúe entre el 5 y el 15%.

En otros países también se ha constatado un aumento en el porcentaje de inducciones. Curtin y Mathews¹² encuentran que la incidencia ha aumentado más del 100% en Estados Unidos, pasando del 9% en 1989 al 19,2% en 1998. En Europa¹³ la tasa de inducciones, en 2002, varía entre el 32% de Bélgica y Norte de Irlanda y el 10% de Suecia y Dinamarca; lo más característico es la gran variabilidad que hay entre los diferentes países.

Es importante destacar que la tasa de cesáreas se multiplica por tres en aquellas gestantes cuyo parto es inducido (16,04%) frente a aquellas mujeres cuyo parto comienza espontáneamente (5,72%); sin embargo, han mejorado algo los resultados ya que en el 1997 la probabilidad de cesárea se multiplicaba por cuatro (el 21,54% frente al 5,64%).

Vrouenraets et al¹⁴ no encuentran tanta diferencia en la tasa de cesáreas entre los partos inducidos y los que comienzan espontáneamente, pero la tasa de cesáreas se duplica en los primeros frente a los segundos, aunque sólo se incluye a gestantes nulíparas. Heinberg et al¹⁵ señalan que no existe diferencia en la tasa de cesárea según se induzca el parto o el comienzo sea espontáneo entre las multíparas. Pero, en general, las nulíparas y las multíparas presentan un riesgo de cesárea tres y dos veces superior, respectivamente, cuando se induce en lugar de esperar el comienzo espontáneo del parto¹⁶.

Como hemos visto, se ha disminuido la tasa de cesáreas en las gestantes cuyo parto es inducido (el 21,54% en el año 1997, el 16,04% en el año 2007); esta disminución ha afectado tanto a los que comienzan con prostaglandinas como con oxitocina, pero las diferencias no son significativas.

Para comprender la importancia que tienen las prostaglandinas en la inducción del parto, debemos decir que estas eran el primer agente que se utilizaba en el 60% de las inducciones en Andalucía en el 2003; en ese año, el 80% de las inducciones comenzaban con prostaglandinas en nuestro centro. El National Institute for Clinical Excellence¹⁷ aconseja comenzar con prostaglandinas la inducción del parto, cuando las membranas están íntegras, independientemente de la paridad y las condiciones del cérvix.

La tasa de cesáreas electivas ha aumentado más de un 100% (el 2,38% y el 5,80%), aunque estamos en cifras bajas, en Andalucía en el año 2003 fue del 8,2%; en ese año en nuestro centro era del 3,8%. La principal causa de este aumento tan importante es la práctica de cesárea electiva a todas las gestantes con presentación podálica desde la publicación de Hannah¹⁸. En Europa¹³, en el año 2002, oscilaba entre el 7% de Suecia y Dinamarca y el 15% de Grecia; la mayoría de los países están por debajo del 10%.

Se han mejorado los resultados en las gestantes con una cesárea anterior y sin parto vaginal previo, pasando de una tasa de cesáreas, en el año 1997, del 28,20 al 18,64% en el año 2007, aunque la diferencia no es significativa. Por tanto, la tasa de partos vaginales en 2007 fue superior al 80%, el doble de lo recomendado por la SEGO como estándar orientativo¹. Tampoco hubo diferencias en la morbilidad materna en estas gestantes. En el programa Healthy People 2010¹⁹ se ha fijado como objetivo que la tasa de partos vaginales en estas gestantes no sea inferior al 37%.

La tasa de partos instrumentales en el año 2007 (5,18%), no se ha modificado desde el punto de vista estadístico con respecto a 1997 (6,45%), aunque en este último año no se ofertaba analgesia epidural y en 2007 los partos atendidos con esta técnica representaron el 35,79%. El adaptarnos a las definiciones de expulsivo prolongado del American College of Obstetrician and Gynecologist²⁰ sobre los partos atendidos con analgesia epidural ha contribuido a ello.

En Andalucía, en 2003, la tasa de partos instrumentales era del 15,49% y de estos el 65% eran ventosas, el 25% fórceps y el 10% espátulas. En ese año, en nuestro centro se realizaban un 9,34% de partos instrumentales y de ellos el 53% eran ventosas y el 47% fórceps.

La tasa de partos instrumentales señalada por Nieves⁷ para España (23,06%) en el año 2004 multiplica por más de 4 la nuestra (5,18%), una causa podría ser la menor incidencia de analgesia epidural en nuestro centro, aunque no justificaría una diferencia tan importante. La distribución de los

partos instrumentales difiere notablemente, el 52% de fórceps y el 31% ventosas en el trabajo de Nieves frente al 32% de fórceps y el 68% de ventosas en nuestro centro en el año 2007. Hay que recordar que los principales factores de riesgo de la patología grave del periné durante el parto son los partos instrumentales; dentro de estos, tienen peor pronóstico los fórceps, en relación con los partos eutócicos.

Barber et al²¹ señala que, como consecuencia de la puesta en marcha de un programa de analgesia epidural en el parto, la tasa de partos instrumentales, en 10 años, ha aumentado más de un 60%, pasando del 9,8% en el año 1992 al 16% en el año 2002, en cuanto a la distribución de estos partos instrumentales el 100% son fórceps.

En Europa¹³, la tasa más alta de partos instrumentales, se da en Irlanda con el 15% y la tasa más baja en Austria con el 5%; en el resto de los países oscila entre el 8 y el 12%. El parto con ventosa representa más del 70% de los partos instrumentales en la mayoría de los países (80%) y en ninguno se usa más el fórceps que la ventosa.

Sin duda, también en nuestro centro la atención del parto con analgesia epidural influye en la tasa de partos instrumentales; el riesgo se multiplica por más de 3 en comparación con los partos sin analgesia epidural (el 9,33 frente al 3,08%), como ya han señalado anteriormente otros autores^{22,23}.

La tasa general de cesáreas ha aumentado muy ligeramente (el 11,93% en 1997 y el 13,65% en 2007), y la diferencia no es ES. Cuando comparamos con España (24%), aunque son datos del 2005, nuestra tasa de cesáreas es un casi un 50% inferior. En Andalucía, en el año 2007, fue del 23%, un 70% superior. En Estados Unidos la tasa de cesáreas en el año 2007 fue del 31,8%²⁴, más del doble. En Europa¹³, la tasa de cesáreas oscila entre el 12% de Holanda, el 16% en los Países Nórdicos y el 30% de Grecia e Italia; en la mayoría de los países se encuentran alrededor del 20%.

Sería más correcto hablar de tasa de cesáreas ajustadas al riesgo, que serían la tasa de cesáreas según las características clínicas de la gestante (gestante con cesárea anterior, presentación podálica, primípara de bajo riesgo...). En el programa Healthy People 2010¹³, se ha fijado como objetivo que la tasa de cesáreas en la primípara de riesgo bajo (a término, gestación simple y presentación cefálica) sea del 15%; en nuestro centro era del 11,93% en el año 2007.

La tasa de episiotomía en los partos eutócicos ha sido del 14,69%, lo que representa el 30% de la cifra que han dado Melchor et al²⁵ en su estudio sobre la situación en España (50%) en el año 2006. En la revisión de Carroli et al²⁶ se postula que la cifra óptima debería oscilar alrededor del 30%, aunque en Estados Unidos²⁷ se realizaron en un 20% de los partos en el año 2006. Una de las características de la tasa de episiotomías en España es su gran variabilidad entre las distintas Comunidades Autonómicas; el rango oscila entre el 33 y el 73%, teniendo 12 de ellas valores por encima del 50%²⁸.

Pero en España la tasa de episiotomía está disminuyendo; señalaremos como ejemplo el Hospital Materno-Infantil de Canarias²⁹, donde la frecuencia ha pasado del 73% en 1992 al 38% en 2005, aunque más del 50% son centrales, en nuestro centro el 100% son medio-laterales. Las recomendaciones del American College of Obstetricians and Gynecologists³⁰, con nivel de evidencia A, señalan que la episiotomía central se asocia a una mayor incidencia de

desgarro del esfínter anal y de la mucosa del recto que la episiotomía medio-lateral. En Europa¹³, pocos países aportan datos. Dinamarca presenta una tasa del 12%, Inglaterra del 17% y en el otro extremo estarían Francia y Alemania, con un 45-59%.

Recientemente, ha aparecido una publicación³¹ donde se señala que la incidencia de desgarros de grado III y /o IV en el segundo parto es del 4,8%, cuando en el primer parto se realizó episiotomía, frente a 1,7% cuando no se realizó episiotomía ($p < 0,001$), otro efecto secundario de la episiotomía poco estudiado. Sobre la base de estos datos, Alperin aconseja a los profesionales que realizan partos un uso restrictivo de la episiotomía. La prestigiosa revista *Obstetrics and Gynecology* considera tan importante el artículo que ha realizado un editorial sobre el tema³², con el título «Great expense for uncertain benefit» («Un gran gasto para un beneficio dudoso»).

Existen diferencias estadísticamente significativas en relación con la tasa de desgarros de grado III y/o IV, cuando se realiza (3,46%) o no (0,39%) episiotomía; la probabilidad de presentar un desgarro grave se multiplica por 9 cuando se realiza una episiotomía. García Hernández et al²⁹ también encuentran que la probabilidad de desgarro grave es mayor cuando se realiza episiotomía, pero el riesgo sólo se duplica.

Si analizamos la patología grave del periné según el tipo de parto, eutócico (0,84%) o instrumental (5,12%), el riesgo de presentar un desgarro de grado III o IV se multiplica por más de 6 cuando realizamos un parto instrumental. Al valorar el tipo de instrumento que se utilizó en el parto, ventosa o fórceps, la incidencia de patología grave del periné se multiplica por más de 6 cuando se utiliza un fórceps (12,5%) en lugar de una ventosa (1,85%), aunque las diferencias no son significativas, probablemente por lo pequeño de la muestra. García Hernández et al²⁹ también encuentran una mayor incidencia de desgarros graves, más del doble, en los partos con fórceps que en los partos eutócicos.

La tasa de transfusiones es mayor en los partos instrumentales (3,84%) y las cesáreas (3%) que en los partos eutócicos (0,75%), las diferencias son significativas. El riesgo de necesitar una transfusión se cuadruplica cuando se realiza una cesárea y se multiplica por más de 5 cuando se realiza un parto instrumental en lugar de un parto eutócico. Es curioso señalar que el riesgo de transfusión es mayor en un parto instrumental que en una cesárea, aunque no existe diferencia significativa. La tasa de transfusiones en las cesáreas es ligeramente superior a la citada por Kuklina et al³³, 2,61%, aunque nuestros datos podrían ser peores ya que realizamos pocas cesáreas en embarazos pretérmino (traslados a Hospital de Torrecárdenas), un factor de riesgo importante para transfundir.

La tasa de fiebre puerperal es mayor en las cesáreas (2,5%) que en los partos eutócicos (0,25%), el riesgo se multiplica por más de 10. No existe diferencia ES entre los partos instrumentales (1,28%) y los partos eutócicos (0,25%), aunque la probabilidad es 5 veces mayor en los partos instrumentales.

En general, la morbilidad materna es mayor en la cesárea³⁴ y en los partos instrumentales³⁵ que en los partos eutócicos, como ya se ha señalado anteriormente.

Dentro de la política de asistir los partos con la menor intervención posible, pero siempre preservando la máxima seguridad materna y fetal, señalamos que casi el 35% de los

partos no necesitó ninguna intervención, es decir que el comienzo fue espontáneo, no se utilizó oxitocina ni analgesia epidural y el trabajo de parto terminó en un parto eutócico sin episiotomía.

Nuestra tasa de prematuridad es baja (4,64%), incluso contabilizando los traslados maternos (aumentaría menos de medio punto), si la comparamos con la señalada por la SEGO⁶ en 2004, el 9,47%; atender una área mayoritariamente rural probablemente influya en estos resultados, ya que se ha señalado que en las zonas urbanas la tasa de prematuridad es mayor. Esto condiciona que la tasa de recién nacidos con bajo peso (5,65%) sea la mitad que en España (10,87%). Si se compara la tasa de prematuridad con Estados Unidos (12,7%), la diferencia es más importante; la mayor incidencia de mujeres de raza negra influye notablemente en estas diferencias, aunque también se ha señalado que la tasa estaría sobreestimada en Estados Unidos por una incorrecta datación de la edad gestacional en la primera visita de la gestación. Pero lo que realmente condiciona el aumento de la morbilidad perinatal son los prematuros menores de 32 semanas; en nuestro centro representan el 0,20% del total de partos. En Europa³⁶ la tasa de prematuros menores de 32 semanas oscila entre el 0,75 y el 1,5%, con la excepción de Luxemburgo, que presenta una tasa del 0,20% (datos de 1999-2001).

La tasa de pH arterial < 7 (0,69%) es prácticamente igual a la de España⁷ (0,66%) y la mitad de la señalada por Barber et al¹³ en 2002 (1,4%).

La TMPE en España en 2004 fue del 9,1 por 1.000, cifra que aumentó ligeramente con respecto al 2002 (6,1 por 1.000) y al 2000 (8,6 por 1.000), según la SEGO⁷. Sin embargo, si consultamos el Instituto Nacional de Estadística³⁷ (INE), los datos son diferentes. En 2004 fue de 4,87, en 2002 de 5,24 y en 2000 de 5,51 por 1.000; hay una infraestimación de casi el 50% en los datos del INE con respecto a los de la SEGO, o bien hay una sobreestimación del 50% en los datos de la SEGO con respecto a los del INE. Estas diferencias en la mortalidad perinatal según la fuente consultada ya se ha señalado anteriormente por otros autores^{38,39}, «Revert y Freita refieren que hay una infradeclaración (de las muertes perinatales), que subestiman las tasas de mortalidad, lo que condiciona la fiabilidad de las estadísticas que con ellas se elaboran». Se señala que esta infradeclaración podría deberse a los criterios legales que establecen la obligatoriedad de declarar al registro civil que no coinciden con los criterios clínicos.

La TMPE, en nuestro centro, ha disminuido más de un 70%, pasando del 8,17 en 1997 al 2,02 por 1.000 en 2007 ($p = 0,03$); asimismo la TMPA también ha disminuido, casi un 70%, pasando del 12,26 al 4,05 por 1.000 ($p = 0,02$). Si comparamos nuestra TMPE con la señalada por el INE para España en 2007, observamos que es la mitad (4,47 frente a 2,02 por 1.000); si la comparamos con la señalada por la SEGO (año 2004), las diferencias son mucho más importantes. La de España multiplicaría por 4,5 la de nuestro centro. Es importante señalar que veníamos de cifras altas ya que en 1997 nuestra MPE era del 8,17 por 1.000, un 30% superior a la de España (6,30 por 1.000), en ese mismo año.

Para realizar comparaciones internacionales, señalaremos que la TMPE en Estados Unidos⁴⁰ en 2005 fue de 6,74 por 1.000, lo que triplica la encontrada en nuestro centro. Dentro de los objetivos del programa Healthy People 2010¹³ se ha fijado que la TMPE para el año 2010 en Estados Unidos sea 4,5 por 1.000. Asimismo, en Gran Bretaña⁴¹ la

TMPE en 2005 fue de 8,2 por 1.000, el doble de la encontrada en este trabajo.

Ya anteriormente Barber et al¹⁵ habían señalado que se pueden disminuir la TMPE y TMPA de forma importante, manteniendo la tasa de cesáreas de forma estable (12%) en un período de 10 años (1992-2002).

Este trabajo tiene puntos débiles; los datos analizados han sido recogidos de una base de datos y siempre existe la posibilidad del error humano al introducir los datos y, además, el estudio es retrospectivo y, por tanto, más susceptible al sesgo. Al hacer comparaciones de los datos obtenidos, en algunas ocasiones no se han valorado los mismos años, por lo que si se compararan los mismos años los datos externos variarían. Cuando se habla de mortalidad perinatal se debería incluir un número importante de partos (quizás más de 10.000 partos), pero sólo se han incluido unos 1.500 partos, por lo que las cifras de un año pueden estar influidas por la «suerte de un año», aunque si incluyéramos varios años las cifras se mantendrían más o menos estables.

Entre los puntos fuertes del trabajo tenemos: la publicación de resultados perinatales; se publican pocos trabajos en España con resultados de la asistencia al parto y los pocos que hay no son de hospitales comarcales, y es importante comunicar a la comunidad científica estos datos, para que podamos comparar, con la principal finalidad de mejorar nuestra asistencia a la mujer gestante, así como facilitar datos a las usuarias de nuestra atención.

Podemos concluir diciendo que mantenemos una tasa baja de cesáreas y de partos instrumentales, aunque se ha puesto en marcha un programa de atención al parto con analgesia epidural (actualmente el 35% se atiende con analgesia epidural). Destacamos que la TMPA y la TMPE han disminuido un 70% en 10 años. Probablemente, en estos resultados influya que nuestro centro intenta seguir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en relación con los cuidados que se deben realizar durante el parto. Nuestra filosofía de la atención al parto se resume en la afirmación de Romano y Lothian⁴²: «Interferir con el proceso fisiológico del parto en ausencia de indicación médica incrementa el riesgo de complicaciones para la madre y el recién nacido». Otros aspectos que pueden haber contribuido son los mejores cuidados neonatales y un mejor control del embarazo de alto riesgo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Indicadores de calidad asistencial en ginecología y obstetricia. [Accedido 17 Junio 2009]. SEGO. Disponible en: <http://sego.es>
2. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marzo 2006. Disponible en: <http://msc.es>
3. Vergara F, Abel F, Álvarez D, Coll C, Cuadrado C, González Merlo J, et al. Consideraciones éticas sobre la cesárea. Comisión de bioética de la SEGO. Prog Obstet Ginecol. 2001;44:46-55.
4. Atención hospitalaria al parto. Estándares y recomendaciones para maternidades hospitalarias. Informes, estudios e investigación 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://msc.es>

5. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*. 2001;28:202–7.
6. World Health Organization. *Appropriate Technology for Birth*. Lancet. 1985;2:436–7.
7. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra: OMS. 1996.
8. Instituto Nacional de Estadística. [Accedido 29 Junio 2008]. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/demogra/fecunnue.htm>
9. González-González NL, Medina V, Jiménez A, Gómez Arias J, Ruano A, Perales A, et al. Base de datos perinatales nacionales 2004. *Prog Obstet Ginecol*. 2006;49:645–55.
10. Resultados de la asistencia al parto en Andalucía en el año 2003. Sociedad Andaluza Ginecología Obstetricia. Disponible en: <http://www.redsago.com>
11. Fisch JM, English D, Pedaline S, Brooks K, Simhan HN. Labor induction process improvement. *Obstet Gynecol*. 2009;113:797–803.
12. Curtin SC, Mathews TJ. U.S. Obstetric Procedures, 1998. *Birth*. 2000;27:136–40.
13. Wildman K, Blondel B, Nijhuis J, Defoort P, Bakoula C. European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;111:553–65.
14. Vrouenraets F, Rounen F, Dehing G, Aarts M, Scheve E. Bishop score 4 and risk cesarean delivery after induction of labor in nulliparous women. *Obstet Gynecol*. 2005;103:332–46.
15. Heinberg EM, Wood RA, Chambers RB. Elective induction of labor in multiparous womwn: does it increase the risk of cesarean section? *J Reprod Med*. 2002;47:339–403.
16. Moore LE, Rayburn W. Inducción electiva del parto. *Obstetricia y Ginecología de Posgrado*. 2008;4:1–7.
17. Induction of labour. National Institute for Clinical Excellence. [Accedido 15 Julio 2009]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG70>
18. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR, Term Breech Trial Collaborative Group. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet*. 2000;356(1375):83.
19. Healthy People 2010. Disponible en: <http://www.healthypeople.gov/document/tableofcontents.htm>
20. American College of Obstetrician and Gynecologist. *Operative vaginal delivery*. Washington: The College; 2000 bulletin n.º 17.
21. Barber MA, Plasencia W, Martin A, Eguiluz I, Ramirez O, Garcia-Hernandez JA. Análisis retrospectivo de los resultados perinatales en la última década. *Clin Invest Gin Obstet*. 2006;33:46–52.
22. Leighton BL, Halpern JH. The effects of epidural analgesia on labor, maternal and neonatal outcomes: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(Suppl 5):S69–77.
23. Lieberman E, O'Donoghue C. Unintended effects of epidural analgesia during labor: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(Suppl 5):S31–68.
24. Hamilton B, Martin JA, Ventura JA. Births: preliminary data for 2007. *National Vital Statistics Reports*. 2009;57:1–22.
25. Melchor JC, Bartha JL, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España. Datos del año 2006. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51:559–63.
26. Carroli G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Numero 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
27. De Frances CJ. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Hyattsville. *National Hospital Discharge Survey: 2005 annual summary with detailed diagnosis and procedure data*. Vital & Health Statistics-Series 13: Data From the National Health Survey.
28. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.060.es>
29. García Hernández JA, Reyes Iglesias MI, Cazorla Betancor M, Delgado Godoy C, Martín Martínez A. Asistencia obstétrica y trauma perineal. *Prog Obstet Ginecol*. 2007;50:273–81.
30. Episiotomy. ACOG Practice Bulletin No. 71. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2006;107:957–62.
31. Alperin M, Krohn M, Parviainen K. Episiotomy and increase in the risk of obstetrics laceration in a subsequent vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2008;111:1274–8.
32. Chescheir NC. Great expense for uncertain benefit. *Obstet Gynecol*. 2008;111:1264–5.
33. Kuklina EV, Meikle SF, Jamieson DJ, Whiteman MK, Barfield WD, Hillis SD. Severe obstetric morbidity in the United States: 1998–2005. *Obstet Gynecol*. 2009;113:293–9.
34. Rouse DJ, Mc Pherson C, Landon M, Varner MN, Leveno KJ, Moawad AH, Spong CY, for the National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Blood transfusion and cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2006;108:891–7.
35. Demissie K, Rhoads G, Smulian J, Balasubramanian BA, Gandhi K, Joseph KS, et al. Operative vaginal delivery and neonatal and infant adverse outcomes: population based retrospective analysis. *BMJ*. 2004;329:24–6.
36. Buitendijk S, Zeitlin J, Cuttini M, Langhoff-Roos J, Bottu J. Indicators of fetal and infant health outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;111:566–77.
37. Movimiento natural de la población. Instituto Nacional de Estadística. [Accedido 3 Julio 2009]. Disponible en: <http://www.ine.es>
38. Revert M, Rue M, Moreno C, Pérez G, Borell C, Foradada C, et al. Análisis del infrarregistro de mortalidad perinatal y sus factores asociados en una región sanitaria de Cataluña. *Gac Sanit*. 1998;12:63–70.
39. Freita A, Puigdefabregas A, Gispert R, Bares M, Bustins M. La mortalidad perinatal según 2 fuentes de información. *Gac Sanit*. 2008;22:278–81.
40. Hamilton BE, Minino AM, Martin JA, Kochanek KD, Strobino DM, Guyer B. Annual summary of vital statistics: 2005. *Pediatrics*. 2007;119:345–60.
41. Perinatal mortality 2005. Confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH). Disponible en: <http://www.cemach.org.uk>
42. Romano AM, Lothia JA. Promoting, protecting and supporting normal birth: a look at the evidence. *JOGNN*. 2008;37:94–105.