

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Encuesta perinatal de la Sociedad Gallega de Obstetricia y Ginecología 2010-2011



Esther Álvarez Silveiras^{a,*}, Esther María Canedo Carballeira^b, M. Begoña Dueñas Carazo^c, Ruth Aguiar Couto^d, Leticia Alvarez Menéndez^e, Ofelia Martínez Martínez^f, Roque Devesa Hermida^g, Francisco Estévez Guimerans^h, Iñigo Montesino Semperⁱ, Patricia Frade Galego^j, Sergio González Palanca^k, David Gómez Sánchez^l, Emilio Cabo Silva^m, Luis Julio Rodríguez Fernándezⁿ, Antonio López Portela^o, Silverio González Atanes^p, Rafael Ucieda Somoza^c, Antón Castro López^e, Angel de la Orden Frutos^q, Eloy Moral Santamarina^d y Francisco Javier Martínez Perez-Mendaña^r

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España

^b Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

^c Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^d Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra, España

^e Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Lucus Augusti, Lugo, España

^f Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital da Costa, Burela, Lugo, España

^g Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Quirón A Coruña, A Coruña, España

^h Servicio de Obstetricia y Ginecología, Policlínica Vigo S.A. (POVISA), Vigo, Pontevedra, España

ⁱ Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Virxe da Xunqueira, Cee, A Coruña, España

^j Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Comarcal de Monforte, Monforte de Lemos, Lugo, España

^k Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Comarcal do Barco de Valdeorras, O Barco de Valdeorras, Ourense, España

^l Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Comarcal de Verín, Verín, Ourense, España

^m Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Comarcal de Salnés, Vilagarcía de Arousa, Pontevedra, España

ⁿ Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Nuestra Señora de Fátima, Vigo, Pontevedra, España

^o Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Miguel Domínguez, S.L., Pontevedra, España

^p Servicio de Obstetricia y Ginecología, CO.SA.GA., Ourense, España

^q Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Xeral Cies, Vigo, Pontevedra, España

^r Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos, Ferrol, A Coruña, España

Recibido el 17 de diciembre de 2012; aceptado el 22 de septiembre de 2013

Disponible en Internet el 17 de enero de 2014

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: esther.alvarez.s@gmail.com (E. Álvarez Silveiras).

PALABRAS CLAVE

Encuesta perinatal;
Mortalidad perinatal;
Mortalidad materna;
Galicia

KEYWORDS

Perinatal survey;
Perinatal mortality;
Maternal mortality;
Galicia

Resumen

Objetivo: Obtener y evaluar los datos de la asistencia perinatal en Galicia.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y multicéntrico. Se solicitó la colaboración de todos los centros sanitarios gallegos con asistencia al parto para la realización de la base de datos perinatales de los años 2010 y 2011.

Resultados: Realizamos el estudio estadístico epidemiológico de 29.254 nacimientos acontecidos en nuestra comunidad en el bienio 2010-2011, lo cual representa el 67,2% del total de nacimientos de Galicia en ese periodo.

Analizamos las siguientes variables: edad materna, estática fetal, amenorrea en el momento del parto, tipo de parto, indicaciones de cesáreas, y mortalidad perinatal y materna.

© 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Perinatal survey of the Galician Society of Obstetrics and Gynecology 2010-2011**Abstract**

Objective: To obtain and evaluate information on perinatal care in Galicia (Spain).

Material and methods: We performed a descriptive, retrospective, multicenter study. All centers in Galicia involved in deliveries were requested to collaborate in the perinatal database for 2010 and 2011.

Results: We performed a statistical, epidemiological study of 29,254 births in our region in the 2-year period from 2010 to 2011, representing 67.2% of all births in Galicia in this period.

The following variables were analyzed: maternal age, fetal statics, amenorrhea at delivery, type of delivery, indications for cesarean section, and perinatal and maternal mortality.

© 2012 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La Junta Directiva de la Sociedad Gallega de Obstetricia y Ginecología se propuso el objetivo de elaborar una encuesta perinatal de Galicia, que englobase tanto hospitales públicos como privados. Se diseñó la encuesta siguiendo el criterio «conjunto mínimo necesario de datos», por lo que solo se incorporaron las variables epidemiológicas caracterizadas por:

- Su relevancia, es decir, con capacidad para generar indicadores de salud.
- Útiles para responder a objetivos concretos.
- Bien definidos, no susceptibles de subjetividad.
- Disponibles en la mayoría de los hospitales.

En la actualidad, los hospitales tienen registros y archivo de muchísimos datos sanitarios, pero en muy pocas ocasiones esos datos son analizados, elaborados e interpretados. En 1987, la Organización Mundial de la Salud¹ afirma: «la recolección de datos no elaborados, hacen que dicha recolección sea inefectiva con un alto costo y un nulo beneficio».

Se plantearon los siguientes objetivos:

- Obtener datos de la atención obstétrica en Galicia.
- Definir el nivel de riesgo de la población gallega.
- Evaluar globalmente la calidad de la atención prestada.
- Interpretar los resultados obtenidos e intentar plantear estrategias de mejora.

Material y método

Se solicitó la colaboración a todos los centros hospitalarios públicos y privados que ofertan en su cartera de servicios la

asistencia al parto. Se contactó con 22 centros asistenciales, de los que solo uno rechazó participar en el proyecto. De los 21 centros que aceptaron participar en la encuesta, 13 pertenecen a la red pública del Servicio Gallego de Salud y 8 son privados.

Al final del proceso de recogida de datos, 4 centros no los aportaron, por lo que el total de hospitales participantes fue de 17, siendo 12 públicos y 5 privados (tabla 1).

Inicialmente, se planteó la encuesta referida al año 2010; posteriormente se amplió la recogida de datos al año 2011, siendo el periodo de estudio final el bienio 2010-2011.

Tabla 1 Hospitales participantes (n = 17)

Complejo Hospitalario Universitario Coruña
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense
Hospital Lucus Augusti (Lugo)
Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos (Ferrol)
Hospital da Costa (Burela, Lugo)
Hospital Quirón A Coruña (A Coruña)
Policlínica Vigo, S.A (POVISA)
Hospital Virxe da Xunqueira (Cee, A Coruña)
Hospital Comarcal de Monforte (Lugo)
Hospital Comarcal do Barco de Valdeorras (Ourense)
Hospital Comarcal de Verín (Ourense)
Hospital Comarcal do Salnés (Pontevedra)
Hospital Nuestra Señora de Fátima (Vigo)
Hospital Miguel Domínguez, S.L. (Pontevedra)
CO.SA.GA. (Ourense)

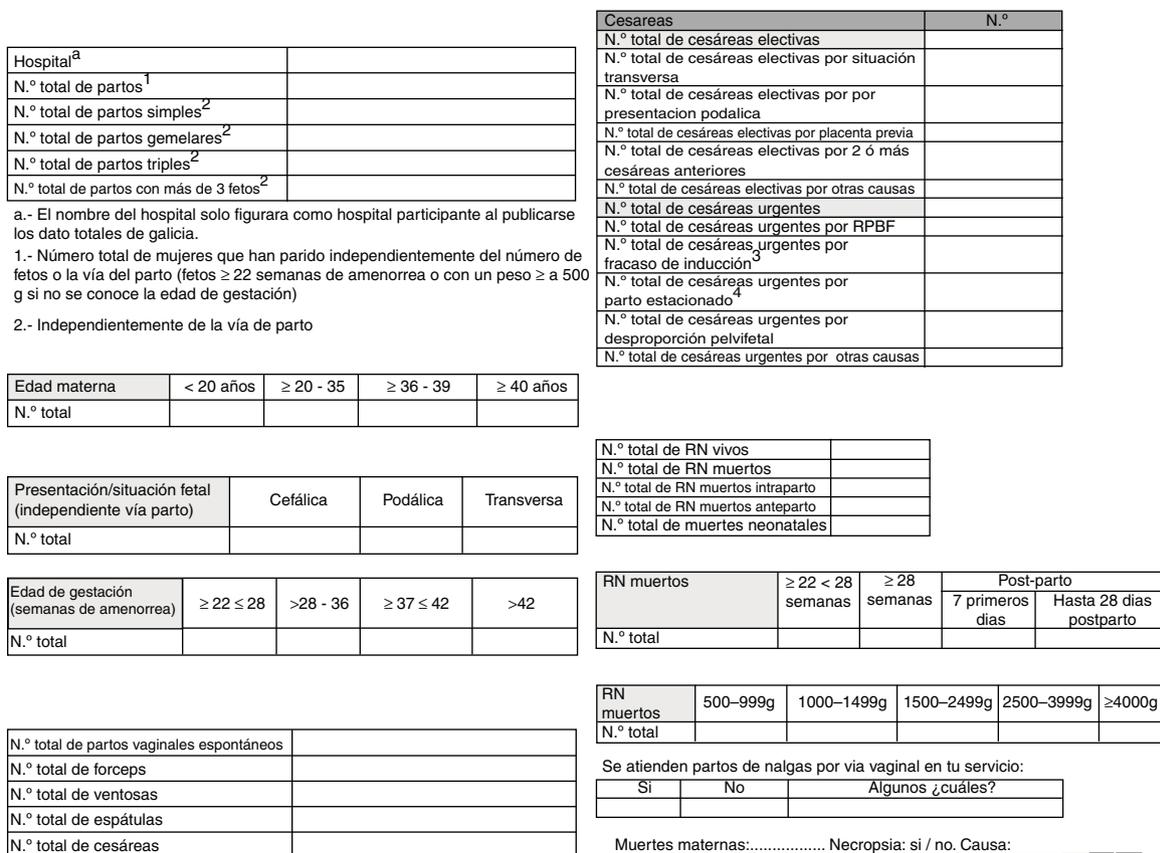


Figura 1 Modelo de encuesta.

La Junta Directiva de la Sociedad Gallega de Obstetricia y Ginecología elaboró un cuestionario estructurado con variables de interés (fig. 1), siguiendo el criterio de «conjunto mínimo de datos necesarios», que se remitió por correo electrónico a todos los centros participantes.

Para la clasificación de las indicaciones de cesárea, usamos las referidas en el «Proyecto multicéntrico de adecuación de cesáreas urgentes y programadas/electivas del Sistema Nacional de Salud (SNS)»². Se adjuntó a la encuesta la definición de cada indicación propuesta por el SNS. Los cuestionarios fueron enviados al responsable de cada centro mediante correo electrónico y los resultados se recibieron por el mismo sistema.

Con la información aportada por los diferentes centros, se elaboró una base de datos con el programa Excel 2007. El estudio estadístico se realizó con el paquete informático Epidat 3.1³ (www.sergas.es) y SPSS 15.0.

En todos los casos, se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos; las variables categóricas se mostraron como frecuencia y porcentajes. Posteriormente, se calcularon los intervalos de confianza del 95% y se realizaron pruebas de comparación de proporciones (chi al cuadrado) para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los 2 periodos de estudio. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y multicéntrico.

Para la obtención de los índices o tasas de mortalidad perinatal, hemos seguido las recomendaciones de los organismos internacionales: Organización Mundial de la Salud

(OMS) y Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Los índices utilizados fueron:

- Tasa de mortalidad fetal⁴: número de muertes fetales (\geq a 22 semanas completas de gestación o peso ≥ 500 g) en un periodo determinado (en nuestro caso año 2010) por 1.000 dividido entre el número total de nacidos.
- Tasa de mortalidad fetal intermedia⁴: numero de muertes fetales (≥ 22 semanas completas de gestación o peso ≥ 500 g y menores de 28 semanas) en un periodo determinado por 1.000 dividido entre el número total de nacidos.
- Tasa de mortalidad fetal tardía⁴: número de muertes fetales (\geq a 28 semanas completas de gestación o peso ≥ 1.000 g) en un periodo determinado por 1.000 dividido entre el número total de nacidos.
- Tasa de mortalidad neonatal⁴: relación entre el número de defunciones de recién nacidos menores de 28 días completos por 1.000 nacimientos y el número de nacidos vivos durante el mismo periodo.
- Tasa de mortalidad neonatal precoz⁴: relación entre el número de defunciones de recién nacidos menores de 7 días completos (168 h) por 1.000 nacimientos y el número de nacidos vivos durante el mismo periodo.
- Índice de mortalidad perinatal¹ (o estándar o internacional)⁴: relación entre el número de muertes fetales \geq a 28 semanas completas de gestación o peso ≥ 1.000 g más el número de muertes neonatales precoces (hasta 7 días) durante un periodo determinado dividido por el total de nacidos.

- Índice de mortalidad perinatal II (o ampliada)⁴: relación entre el número de muertes fetales \geq a 22 semanas completas de gestación o peso \geq 500 g más el número de muertes neonatales (hasta 28 días) durante un periodo determinado dividido por el total de nacidos.
- El índice de mortalidad perinatal I lo recomienda la OMS para comparaciones internacionales, y el índice de mortalidad perinatal II, más exigente, lo recomienda la FIGO.

Resultados

En la «Encuesta perinatal de la Sociedad Gallega de Obstetricia y Ginecología 2010-2011» se han obtenido los datos de 29.254 nacimientos, lo cual representa el 67,2% del total de nacimientos de Galicia, según los datos reportados por el Instituto Galego de Estadística⁵, con un total de 43.533 nacimientos en el bienio a estudio.

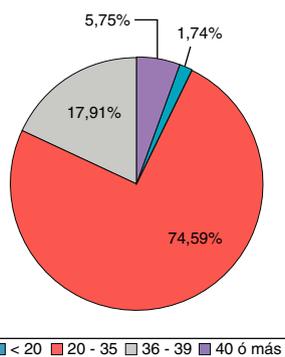
El número de partos registrados durante este periodo fue de 28.694, correspondiéndose el 98% del total con gestaciones simples. Solo se registraron 7 gestaciones triples y ninguna con más de 3 fetos (tabla 2).

La distribución según la edad materna se muestra en la figura 2. Un total de 16 centros de los 17 participantes en nuestro estudio comunicaron esta variable, registrándose el dato sobre 28.138 gestaciones. Debemos destacar el bajo porcentaje (1,74%) de partos en pacientes menores de 20 años, siendo este 3 veces menor al encontrado en el grupo de mujeres mayores de 40 años (5,75%).

Al comparar los datos registrados del año 2010 con el año 2011, encontramos un descenso con significación estadística ($p = 0,01$) del número de partos en mujeres con edad menor a

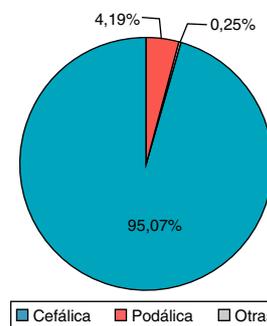
Tabla 2 Clasificación de las gestaciones según el número de fetos

N.º fetos	N.º	%	IC del 95%
Simples	28.141	98,07	97,91-98,23
Gemelar	546	1,90	1,74-2,06
Triples	7	0,02	0,005-0,04
Más de 3 fetos	0	0	



Edad materna (años)	N	%	IC 95%
< 20	489	1,74	1,58 - 1,89
20 - 35	20,988	74,59	74,08 - 75,10
36 - 39	5,041	17,91	17,46 - 18,36
40 ó más	1,620	5,75	5,48 - 6,03

Figura 2 Distribución de los partos según edad materna.



Presentación fetal	N	%	IC 95%
Cefálica	27,280	95,07	95,29 - 95,77
Podálica	1,203	4,19	3,98 - 4,45
Otras	73	0,25	0,19 - 0,32

Figura 3 Distribución de los partos según presentación fetal.

20 años, pasando de una frecuencia del 1,93 al 1,52%, respectivamente.

Al contrario ocurre en el grupo de mujeres de 40 años o más; observamos un incremento en el número de partos ocurrido en este grupo con significación estadística ($p = 0,007$), incrementándose su frecuencia desde el 5,39 al 6,15%.

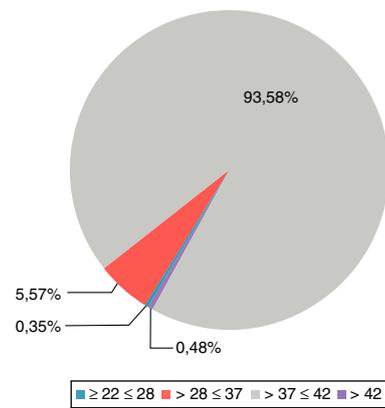
En los otros grupos de edad, no se han encontrado diferencias significativas.

La presentación fetal en el momento del parto fue recogida por 16 de los 17 centros participantes. La proporción de fetos en presentación cefálica alcanzó el 95,07%. La presentación podálica se registró en el 4,19%, mientras que otras presentaciones solo se observaron en el 0,25% (fig. 3).

En los datos aportados sobre la edad gestacional al parto, debemos destacar que la incidencia de prematuridad registrada ha sido del 5,93% (IC del 95%, 5,65-6,20) ($n = 1.703$ partos con amenorrea menor a 37 semanas) (fig. 4).

El porcentaje de gestaciones postérmino (amenorrea \geq a 42 semanas) encontrado fue del 0,48% (IC del 95%, 0,40-0,57) ($n = 140$).

El tipo de parto fue un dato registrado por todos los centros sanitarios participantes. Del total de partos de



Semanas al parto	N	%	IC 95%
$\geq 22 \leq 28$	101	0,35	0,30 - 0,45
$> 28 \leq 37$	1602	5,57	5,67 - 6,24
$> 37 \leq 42$	26,895	93,58	93,30 - 93 - 87
> 42	140	0,48	0,40 - 0,57

Figura 4 Semanas completas de amenorrea al parto.

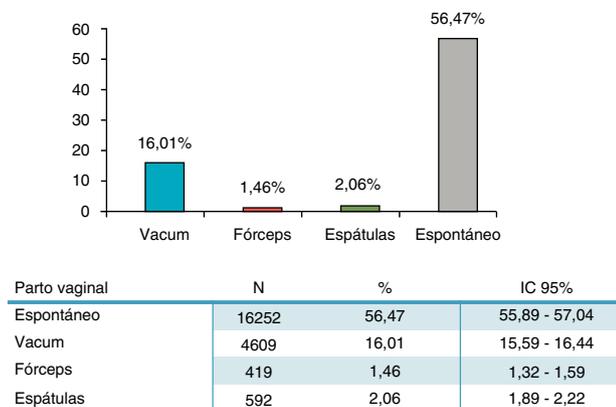


Figura 5 Distribución de los partos vaginales.

nuestra serie, el 75,99% (IC del 95%, 75,50-76,49) ($n = 21.872$) nacieron por vía vaginal y 24,03% (IC del 95%, 23,51-24,50) mediante cesárea ($n = 6.908$).

El porcentaje de cesáreas fue muy variable en función del centro sanitario, oscilando desde el 14,8 hasta el 43,6%.

Si procedemos a comparar los resultados obtenidos durante el año 2010 con los del 2011, podemos observar un descenso porcentual del 1,42% en el porcentaje de cesáreas (en el año 2010 obtenemos un porcentaje del 24,66% de cesáreas frente al 23,27% del año 2011). Esto representa un descenso con significación estadística ($p < 0,001$). Esta disminución en el número de cesáreas no se ha visto compensada por un incremento del número de partos instrumentales; el porcentaje de estos prácticamente no se ha modificado en el bienio a estudio. Sí hemos observado un incremento con significación estadística ($p < 0,001$) del número de partos eutócicos.

Del total de los partos vaginales, el 25,6% fueron partos instrumentales; su distribución se puede ver en la figura 5.

En nuestra serie, también podemos observar que la distribución de la tocurgia es muy irregular en nuestra comunidad; así encontramos 2 centros donde no se realizan fórceps, uno donde no se aplica el vacuum extractor y 9 en que no instrumentan con espátulas.

También resulta significativo que el número de instrumentaciones mediante vacuum extractor es 10 veces superior a la aplicación del fórceps.

En la serie estudiada, disponemos de los datos de 6.908 cesáreas realizadas durante el bienio 2010-2011 en Galicia. De ellas, el 34,22% (IC del 95%, 33,09-35,35) fueron electivas ($n = 2.364$) y el 65,67% (IC del 95%, 64,55-66,80) fueron urgentes ($n = 4.537$).

En el grupo de cesáreas programadas/electivas, la indicación más frecuente fue la presentación podálica que representa el 46,40% (IC del 95%, 44,37-48,44) ($n = 1.097$). De este modo, sabemos, con los datos disponibles, que solo se atendieron por vía vaginal 106 partos en presentación de nalgas, lo que representa 8,81% del total de las presentaciones podálicas, incluyendo a los segundos gemelos.

Las principales indicaciones de cesáreas programadas las podemos observar en la tabla 3.

El porcentaje de cesáreas electivas en el año 2010 representó el 32,62%, mientras que en el 2011 alcanzó el 36,09%; se demuestra un incremento con significación estadística ($p < 0,001$) en el número de cesáreas electivas. Este incremento

Tabla 3 Principales indicaciones de cesáreas programadas/electivas

Indicación	N.º	%	IC del 95%
Presentación podálica	1.101	46,42	44,37-48,44
Situación transversa	70	2,96	2,26-3,67
Placenta previa	76	3,21	2,48-3,95
Dos cesáreas anteriores o más	253	10,70	9,43-11,97
Otras	864	36,51	34,54-38,47

se debe sobre todo al aumento porcentual de cesáreas electivas con la indicación «presentación podálica», siendo este diferencial de casi un 4% (datos del 2010: 44,56%, año 2011: 48,35%) pero sin alcanzar significación estadística ($p = 0,07$).

Por otro lado, observamos un descenso en la frecuencia de cesáreas electivas con la indicación de «2 cesáreas anteriores o más», pasando de representar el 12,19% en el 2010 al 9,13% en el 2011, con significación estadística ($p = 0,019$) para un nivel de confianza del 95%.

Por otro lado, observamos que el porcentaje de cesáreas urgentes se ha visto reducido al comparar los 2 años de estudio, obteniendo un porcentaje del 67,38% durante el año 2010 frente a un 63,90% del 2011. Este descenso presenta significación estadística ($p < 0,001$).

Las indicaciones de cesáreas urgentes se describen en la tabla 4.

Las principales diferencias en las indicaciones de cesáreas urgentes al comparar el año 2010 con el 2011 son:

- Riesgo de pérdida de bienestar fetal: observamos un incremento porcentual del 3%, con significación estadística ($p = 0,03$).
- Parto estacionado: en el bienio estudiado, se observa un incremento de esta indicación del 7,7% (el 20,97% frente al 28,73%) con significación estadística ($p < 0,001$).
- Desproporción pelvifetal: al igual que en los casos previos, podemos observar un incremento porcentual del 4,5% (el 13,27% en el 2010 y el 14,83% en el 2011), con significación estadística ($p < 0,001$).
- Fracaso de inducción: se observa un descenso cuantitativo de un 2% (el 13,24% frente a 11,24%). Este descenso presenta significación estadística ($p = 0,04$).

En el global de cesáreas recogidas en nuestra encuesta durante el 2010-2011, hay 3 indicaciones que representan el 54% del total:

- Riesgo de pérdida de bienestar fetal: fue la indicación más frecuentemente encontrada con el 21,99% (IC del 95%, 21,05-22,97) del total de intervenciones.

Tabla 4 Principales indicaciones de cesáreas urgentes

Indicación	N.º	%	IC del 95%
Riesgo pérdida bienestar fetal	1.523	33,48	32,09-34,86
Fracaso inducción	561	12,34	11,37-13,31
Parto estacionado	1.128	24,44	23,18-25,70
Desproporción pelvifetal	561	12,34	11,37-13,31
Otras	764	17,06	15,95-18,16

Tabla 5 Mortalidad perinatal distribuida por periodos respecto al parto

	N.º	% (defunción)	× 1.000 RN
Anteparto	140	67,96	4,79
Intraparto	16	7,76	0,55
Neonatal	50	24,27	1,71

Tabla 6 Principales índices de mortalidad perinatal

Índice o tasa	SGOX (2010-2011)	N.º
Tasa mortalidad fetal	5,30 × 1.000	156/29.200
Tasa mortalidad fetal intermedia	1,80 × 1000	53/29.200
Tasa mortalidad fetal tardía	3,50 × 1.000	103/29.200
Tasa mortalidad neonatal	1,70 × 1.000	50/28.994
Tasa mortalidad neonatal precoz	1,50 × 1.000	43/28.994
Índice de mortalidad perinatal I (o estándar o internacional)	5 × 1.000	146/29.200
Índice de mortalidad perinatal II (o ampliada)	7,10 × 1.000	206/29.200

- Parto estacionado: esta indicación estuvo presente en el 16,27% (IC del 95%, 15,39-17,15).
- Presentación podálica: representa el 15,88% (IC del 95%, 15,01-16,75) sobre el total de cesáreas realizadas.

Entre los 29.254 nacidos recogidos en nuestra base de datos, ocurrieron 206 muertes perinatales (7,05 por 1.000) (IC del 95%, 0,61-0,80), de los cuales 156 fueron muertes fetales (5,3 por 1.000) (IC del 95%, 0,45-0,62) y 50 neonatales (1,7 por 1.000) (IC del 95%, 0,12-0,22).

En la [tabla 5](#) se representa la distribución de las muertes perinatales por periodos respecto al parto, podemos afirmar que el periodo en el que se detecta una mayor mortalidad es anteparto, alcanzando el 4,79 por 1.000 recién nacidos.

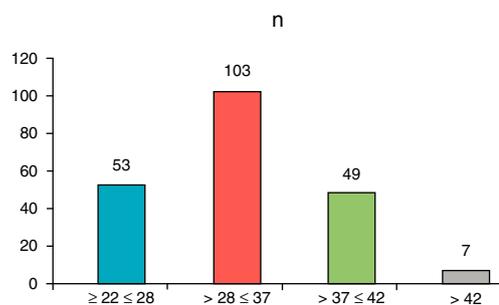
Tanto la OMS como la FIGO recomiendan diferentes tasas para cuantificar la mortalidad perinatal; en la [tabla 6](#) se describen los principales indicadores obtenidos al estudiar nuestra muestra.

Al realizar una distribución de las muertes perinatales según la amenorrea, podemos ver cómo el mayor número de casos acontece en el grupo de edad gestacional comprendida entre 28 semanas y el parto ([fig. 6](#)).

En la [tabla 7](#) podemos observar que, aunque el número de muertes fetales intermedias (mayores o iguales a 22, y menores a 28 semanas completas de amenorrea) es muy pequeño (n = 101), su tasa de mortalidad es 145 veces superior a la encontrada en el grupo de fetos de más de 28 semanas; inversamente ocurre con la tasa

Tabla 8 Mortalidad perinatal distribuida por pesos fetales al nacimiento

Peso fetal (g)	N.º	% (total fetos muertos)
500-999	83	40,29 (IC del 95%, 33,35-47,23)
1.000-1.499	37	17,96 (IC del 95%, 12,48-23,45)
1.500-2.499	37	17,96 (IC del 95%, 12,48-23,45)
2.500-3.999	46	22,33 (IC del 95%, 16,40-28,26)
> 4.000	3	1,45 (IC del 95%, 0,30-4,20)

**Figura 6** Mortalidad perinatal según semanas de amenorrea al parto.

de supervivencia, encontrando en los prematuros intermedios una tasa del 46,53% y en los mayores a 28 semanas una tasa de supervivencia del 99,63%.

Hallamos que la mortalidad en fetos con peso comprendido entre 500 y 999 g representa el 40% del total al realizar la distribución según el peso del feto, datos que podemos observar en la [tabla 8](#).

La OMS define la mortalidad materna a la muerte de una mujer acaecida durante el embarazo o durante los 42 días siguientes a la finalización de la gestación, por cualquier causa determinada o agravada por la gestación, o por los cuidados que ha motivado el embarazo, pero no por causas accidentales o incidentales. Esta definición, que reproduce la FIGO, permite incluir los fallecimientos por aborto y embarazo ectópico, pero excluye las muertes por accidente, agresión, suicidio, tumores y enfermedades diversas si no tienen relación con el estado gravídico. El índice se calcula haciendo referencia al número de casos por 100.000 nacidos en un determinado periodo.

En nuestra base de datos, se han registrado durante el bienio 2010-2011 dos muertes maternas entre los 29.254 nacidos, lo que representa un índice de 7 por 100.000. Corresponden a 2 gestantes a término, sin factores de riesgo previos conocidos. Una aconteció durante el periodo de dilatación y la segunda en el puerperio inmediato tras cesárea. En los 2 casos se realizó necropsia; en la primera no se pudo determinar la causa de la muerte y en la segunda se diagnosticó microtromboembolismo pulmonar masivo.

Tabla 7 Tasas de mortalidad y supervivencia en fetos menores de 28 semanas comparados con fetos mayores a 28 semanas

Semanas	N.º defunciones	Total nacimientos	Mortalidad (× 1.000)	Tasa supervivencia (%)
≥ 22 < 28	53	101	524,70	46,53
≥ 28	103	28497	3,60	99,63

Discusión

En España existen pocas contribuciones científicas que hagan referencia a las estadísticas sobre la de atención al parto y a la morbimortalidad materno-fetal. A la hora de comparar nuestros datos, hemos encontrado la dificultad de que las principales publicaciones sobre este tema tienen más de 8 años de antigüedad. Las publicaciones de referencia clave han sido las «Base de datos perinatales nacionales del año 2000» y «Base de datos perinatales nacionales del año 2004»⁶ auspiciadas por la SEGO, junto con el «Informe Registro Mortalidad Perinatal de la Comunitat Valenciana 2006-2007»⁷.

Al realizar la comparación de nuestros resultados con la bibliografía nacional, observamos lo siguiente.

El porcentaje de partos múltiples encontrado en nuestra base de datos es similar al publicado en la «Base de datos perinatales nacionales del 2004» de la SEGO (2,06% sobre una cohorte de 167.505 partos de toda España), a pesar de existir una diferencia entre ambas encuestas de 6 años y a la generalización de las técnicas de fertilidad.

La distribución de edades de las mujeres que paren en nuestra comunidad es similar a la encontrada para el total de España, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, sobre una cohorte de 485.423 nacimientos)⁸ para el año 2011. Podemos destacar que el porcentaje de mujeres menores de 20 años que paren en Galicia es menor que en el resto de España y a la inversa, el porcentaje de mujeres con edad superior a 40 años es mayor en nuestra serie que en los datos publicados por el INE.

Es de destacar que, aunque los periodos que comparamos, 2010 y 2011, son muy próximos, encontramos un descenso significativo del número de partos en mujeres menores a 20 años y, por el contrario, hayamos un aumento de los mismos en mujeres de 40 años o más, lo que tal vez pueda justificarse por los importantes cambios socioeconómicos a los que estamos asistiendo.

Los datos encontrados sobre la estática fetal en el momento del parto son muy similares a los encontrados en la Base de Datos Perinatales 2004 de la SEGO⁶.

La incidencia de prematuridad registrada ha sido significativamente inferior si comparamos con los datos de la última encuesta perinatal de la SEGO⁶ (sobre un total de 159.857 recién nacidos encuentran un índice de prematuridad del 9,47%), pero probablemente esta diferencia se deba a que son periodos de estudio muy diferentes en el tiempo.

En el total de los partos vaginales, encontramos que fue necesaria la instrumentación en una cuarta parte de los casos; en la última encuesta perinatal de la SEGO la tocurgia fue referida en el 17,86% de los partos vaginales. Debemos resaltar que la gran mayoría de las instrumentaciones realizadas fue mediante la aplicación de «vacuum extractor», siendo su frecuencia 10 veces superior a la utilización del fórceps y alcanzando el 82,02% de toda la tocurgia recogida en nuestra encuesta. En la base de datos perinatales de la SEGO⁶, el instrumento más empleado fue el fórceps, aplicándose en el 51,45% de los partos instrumentales.

Del total de neonatos registrados por nosotros, el 24,03% nació mediante cesárea, aunque este porcentaje es alto y está lejos de los estándares propuestos por todas las sociedades científicas, debemos resaltar que al comparar los datos del año 2010 con 2011 encontramos un descenso de las mismas con significación estadística. Este descenso no se

ha producido por un incremento de la instrumentación del parto, si no que el descenso del número de cesáreas se ha compensado con un incremento de los partos espontáneos. Probablemente, este descenso este propiciado por la instauración de programas para racionalizar la frecuencia de las cesáreas. El descenso en el porcentaje de cesáreas no ha supuesto un incremento en la mortalidad intraparto o neonatal, si bien desconocemos los datos de morbilidad.

La disminución del porcentaje de cesáreas ha ocurrido por un descenso significativo en el porcentaje de cesáreas urgentes, mientras que observamos un incremento del número de cesáreas electivas por «presentación podálica», siendo esta la indicación más frecuente para la realización de una cesárea electiva.

Al realizar la diferenciación entre cesárea urgente y programada/electiva, observamos en nuestro estudio, que la cesárea urgente ha sido mucho más frecuente que la programada. La indicación más frecuente de cesárea urgente ha sido el riesgo de pérdida de bienestar fetal, seguido por el parto estacionado. Esta última indicación presenta un incremento con significación estadística al comparar los 2 años de estudio.

En el total de cesáreas de Galicia durante el bienio 2010-2011, las 3 principales indicaciones que conjuntamente representan más del 50% del total de cesáreas fueron, por orden de frecuencia: riesgo de pérdida de bienestar fetal, parto estacionado y presentación podálica.

Debemos destacar que en el registro de las indicaciones de cesáreas, tanto urgentes como programadas, llama la atención que en ambos grupos el porcentaje de cesáreas por «otras causas» diferentes de las estandarizadas en el Proyecto Multicéntrico supera el 22%.

Nuestros datos sobre mortalidad perinatal son muy similares a los encontrados en el Informe Registro Mortalidad Perinatal de la Comunitat Valenciana 2006-2007⁷ (siendo estos los datos más recientes que encontramos en la literatura médica sobre mortalidad perinatal en España). En este Registro sobre 52.458 nacimientos encuentran una tasa de muertes perinatales del 6,73 por 1.000 nacidos, desglosada en 4,3 por 1.000 nacimientos fueron muertes fetales y el 2,4 por 1.000 nacimientos se correspondieron a muertes neonatales.

La tasa de mortalidad fetal intermedia es 150 veces superior a la encontrada para la mortalidad fetal tardía. Del mismo modo, encontramos que la mortalidad de los fetos con menor peso (entre 500 y 999 g) representa el 40% del total al distribuir la mortalidad perinatal por grupos de peso.

La tasa de mortalidad materna de nuestro estudio (7 por 100.000 nacimientos) es inferior a la publicada por el Instituto Carlos III⁹ (12 por 100.000 nacimientos); este autor hace una recopilación de la mortalidad materna acontecida en España entre los años 1996 y 2005.

Las conclusiones que podemos obtener de nuestra encuesta son:

- Se observa un aumento de la edad materna en el momento del parto.
- Existe un descenso moderado del porcentaje de las cesáreas, sin que implique un aumento de partos instrumentales, ni de mortalidad perinatal.
- Las principales indicaciones para la cesárea fueron: el riesgo de pérdida de bienestar fetal, el parto estacionado y la presentación podálica.

- En Galicia, se realiza poca instrumentación del parto mediante la aplicación del fórceps.
- Existe una disminución progresiva de la asistencia al parto de nalgas por vía vaginal en el periodo de estudio.
- La mortalidad fetal es la que más contribuye a la mortalidad perinatal.
- Se deberían mantener y fomentar programas de «adecuación de las cesáreas urgentes y programadas/electivas», dado que su seguimiento conlleva un descenso considerable del porcentaje de las cesáreas.
- Se deberían potenciar desde las instituciones públicas y sociedades científicas la formación en la tocurgia, incentivando la docencia mediante talleres con el fin de poder disponer de la formación necesaria a la hora de aplicar tanto un fórceps, como un vacuum o espátulas.
- Se debería fomentar la docencia en técnicas de versión externa y generalizar su aplicación con el fin de disminuir el número de cesáreas por presentación podálica.
- Sería conveniente crear un registro nacional con los datos de relevancia perinatal, para un mejor conocimiento del estado de la obstetricia en nuestro país.
- Sería ideal informatizar el «registro de partos», para un mejor acceso a la gestión de la información en todos los hospitales. Sería ideal que dicha informatización fuese homogénea en todo el país.

Para mejorar hay que conocer.
Y para conocer hay que medir.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los

pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

La Junta Directiva de la Sociedad Gallega de Obstetricia y Ginecología quiere expresar su agradecimiento a todos aquellos facultativos que han hecho posible, al proporcionarnos los resultados de sus hospitales, la elaboración de esta Base de Datos Perinatal de Galicia.

Sabemos que, en muchos casos, ha sido un trabajo duro y laborioso al no estar informatizada la información, pero agradecemos el entusiasmo de todos los colaboradores que han hecho posible este proyecto.

Bibliografía

1. *Opit Louis*. How should information on health care be generated and used? *World Health Forum*. 1987;8:447–8.
2. Calvo Pérez A. Resultados del proyecto multicéntrico de adecuación de cesáreas urgentes y programadas/electivas en el SNS [consultado 30 Jun 2013]. Disponible en: http://www.sergas.es/Docs/EnPortada/Eventos/ponencias_xorperiIV/5%20Resultados_multicentrico.pdf
3. EPIDAT3.0 [consultado 30 Jun 2013]. Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=62715
4. Carrera JM, Mallafré J, Serra B. *Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus*. 4.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2006.
5. Instituto Galego de Estadística [consultado 30 Jun 2013]. Disponible en: www.ige.eu
6. González-González NL, Medina V, Jiménez A, Gómez Arias J, Ruano A, Perales A. Base de datos perinatales nacionales 2004. *Prog Obstet Ginecol*. 2006;49:Error: FPage (645) is higher than LPage (655)!
7. Informe Registro Mortalidad Perinatal de la Comunitat Valenciana 2006-2007 [consultado 30 Jun 2013]. Disponible en: http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL/PUBLICACIONES/EPI/RM/MORTALIDAD_PERINATAL.PDF
8. Instituto Nacional de Estadística (INE) [consultado 30 Jun 2013]. Disponible en: www.ine.es
9. Luque Fdez MA, Bueno Cavanillas A, Dramaix-Wilmet M. Increase in maternal mortality associated with change in the reproductive pattern in Spain: 1996-2005. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63:433–8.