

Nacimientos según tipo de asistencia obstétrica. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo, 1969-2004

Drs. Pedro Faneite, Clara Rivera, Josmery Faneite

RESUMEN

Se estudiaron los nacimientos y tendencias desde 1969 a 2004 en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Hubo 120 907 nacimientos, 97 813 partos normales, 21 729 cesáreas y 1 346 fórceps. El parto normal tuvo tendencia al declive durante todo el período, con descenso de variación porcentual global de 25,62 %, el rango máximo fue 94,02 % a 68,11 %; línea de tendencia logarítmica global al descenso. La cesárea mostró franca tendencia al incremento: 7,4 veces en todo el período, con rango máximo de 4,59 % a 34 %; línea de tendencia logarítmica global al ascenso. El parto instrumental con fórceps, clara tendencia al desuso, variación porcentual 94,93 %, evidente en los últimos años, rangos extremos 3,15 % y 0,06 %, línea de tendencia logarítmica global al descenso. Los nacimientos mostraron tendencia a resolución mediante cesárea, hay decremento del parto vaginal y uso del fórceps. Es necesaria la implementación de un normograma que justifique cada cesárea y se facilite la asistencia vía vaginal.

Palabras clave: Atención obstétrica. Tipos de nacimiento. Tendencia de cesáreas.

SUMMARY

The births and tendencies were studied from 1969 to 2004 in the Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo. There were 120 907 normal births, 97 813 childbirths, 21 729 cesareans and 1 346 forceps. The normal childbirth had a tendency to declivity throughout the period, with reduction of global variation percent 25.61 %, the minimum ranks were 94.02 % to 68.11 %; global logarithm tendency to reduction. Cesarean showed frank tendency to increase 7.4 times in all period, with minimum ranks from 4.59 % to 34 %; global logarithm tendency to ascend. The instrumental childbirth with forceps, clear tendency to disuse, variation percent 94.93 %, evident in last years, extreme ranks 3.15 % and 0.06 %, global logarithm tendency to reduction. The births showed tendency to resolution by caesarean, and there were decrement of the vaginal childbirth and use of forceps. It's necessary to implement a norm gram that justifies each caesarean and facilitated the vaginal attendance.

Key words: Obstetrical attendance. Types of childbirth. Cesarean trends.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento es un maravilloso acontecimiento donde la mujer muestra de manera generosa uno de los dones que le ha dado la madre naturaleza: la maternidad. Ella, luego de un proceso de génesis de vida invaluable, inicia un largo camino de gestación, que de manera ideal debe estar cercano a los 280 días. Y es así, como finalmente nos entrega por las vías naturales genitales al producto de su esfuerzo creador, es el parto vaginal. Pero, en ocasiones nada infrecuente, se crea una vía artificial, empleando cirugía abdominal, la cesárea.

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo.
Unidad de Perinatología, Departamento Clínico Integral de la Costa, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.
Dirección: Dr. Pedro Faneite
Urbanización Rancho Grande, Calle 45, Cruce Av. Bolívar. Puerto Cabello, Estado Carabobo. Teléfono: 042-3614352. Fax 0242-3615991.
Correo electrónico: faneitep@cantv.net.

Los eventos narrados se han estado cumpliendo a través de los tiempos. Sin embargo, los que se han dedicado a ayudar a las madres al nacimiento, se preocupan por el alejamiento del uso de la vía natural, y la moda cada vez más frecuente de la cesárea (1,2). Esta situación ha llevado a realizar un detenido debate que tiene sus inicios en la década de los 70 hasta la actualidad; se ha propuesto el término de "epidemia de cesáreas" (3). Al lado de estas circunstancias, se han planteado las serias consecuencias maternas y feto-neonatales derivadas de este procedimiento quirúrgico, como complicaciones, riesgos, costos (4,5). Derivado de ello, hay centros que han planeado una evaluación de las indicaciones de las cesáreas, por lo que ha de justificarse debidamente cada caso, con cuyo proceder algunos han logrado disminuir su realización (6,7).

Otros aspectos que motivan a conocer los modos de nacimiento y su frecuencia en un determinado centro de salud, tienen que ver con criterios docentes, asistenciales, económicos y planificación de la salud.

En Venezuela existen diversas publicaciones que se relacionan con el momento del parto (8), la cesárea como forma de parto haciendo énfasis en tendencias (9-13), y otras estudian el parto instrumental (14,15).

En nuestra región hicimos una primera revisión de este tema que abarcó los primeros años del hospital 1969-1986 (16). Este centro a pesar de estar catalogado oficialmente como de nivel distrital, en la práctica se trata de un centro regional, pues además de los distritos Puerto Cabello y Juan José Mora, recibe pacientes del distrito Valencia; también debemos incluir la costa oriental del Estado Falcón y parte del Estado Yaracuy. En esta oportunidad vamos a presentar la estadística total de 36 años de actividades obstétricas de este hospital, detallando los nacimientos sucedidos, su forma de resolución y tendencias.

MATERIAL Y MÉTODO

Para realizar este trabajo se hizo una revisión exhaustiva de las estadísticas en el departamento de historias médicas del hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" correspondientes al lapso 1969 a 2004.

De manera anualizada los datos recabados se recogieron en una ficha previamente elaborada para tal fin, ello incluyó todos los nacimientos y sus diversas formas: parto normal, parto instrumental o

fórceps y cesárea.

Las variables son presentadas en cuadro estadístico del tipo serie cronológica, expresada en cifras absolutas y relativas porcentuales. En su análisis determinamos las variaciones porcentuales (valor inicial - valor final / valor inicial, por 100); además la línea de tendencia logarítmica y su ecuación. Para los cálculos empleamos una computadora con el paquete estadístico de Excel Windows 2003®.

Empleamos las líneas de tendencia porque son representaciones gráficas de la evolución de los datos, de los nacimientos; además podemos usarlas para analizar problemas de predicción. Dicho análisis también se denomina análisis de regresión. Las líneas son más fiables cuando su valor R al cuadrado es 1 o está cerca de 1. Se utilizó el tipo logarítmico porque los valores se expresaron en forma de línea curva que se ajustaron perfectamente y los índices de cambio de los datos aumentaron o disminuyeron rápidamente y después se estabilizaron (17).

RESULTADOS

En el período estudiado hubo 120 907 nacimientos: 97 813 partos normales, 21 729 cesáreas y 1 346 fórceps.

Los nacimientos mensuales oscilaron entre 2 021 a 3 950 (1969-1980), 3 863 a 2 769 (1981-1987), 2773 a 4587 (1988-1997) y 4173 a 2333 (1998-2004); sus variaciones porcentuales son variables, la primera al ascenso 95,45 %, luego descenso 28,32 %, sigue incremento 65,42 %, finaliza en descenso 44,09 %. La línea de tendencia logarítmica global es al ascenso; su ecuación $y = 532,95 \ln(x) + 1945,5$ y $R^2 = 0,4073$. (Figura 1).

El parto normal tuvo una tendencia al declive durante todo el período, con un descenso de variación porcentual global de 25,61 %, el rango máximo fue de 94,02 % a 68,11 %. La línea de tendencia logarítmica global fue al descenso; su ecuación $y = -8,847 \ln(x) + 105,13$ y $R^2 = 0,744$.

La cesárea mostró una franca tendencia al incremento, de 7,4 veces en todo el período, el rango máximo de 4,59 % a 34 %. Su línea de tendencia logarítmica global al ascenso, ecuación $y = 9,4761 \ln(x) - 7,9808$ $R^2 = 0,7457$.

El parto instrumental con fórceps reveló clara tendencia al desuso, con variación porcentual

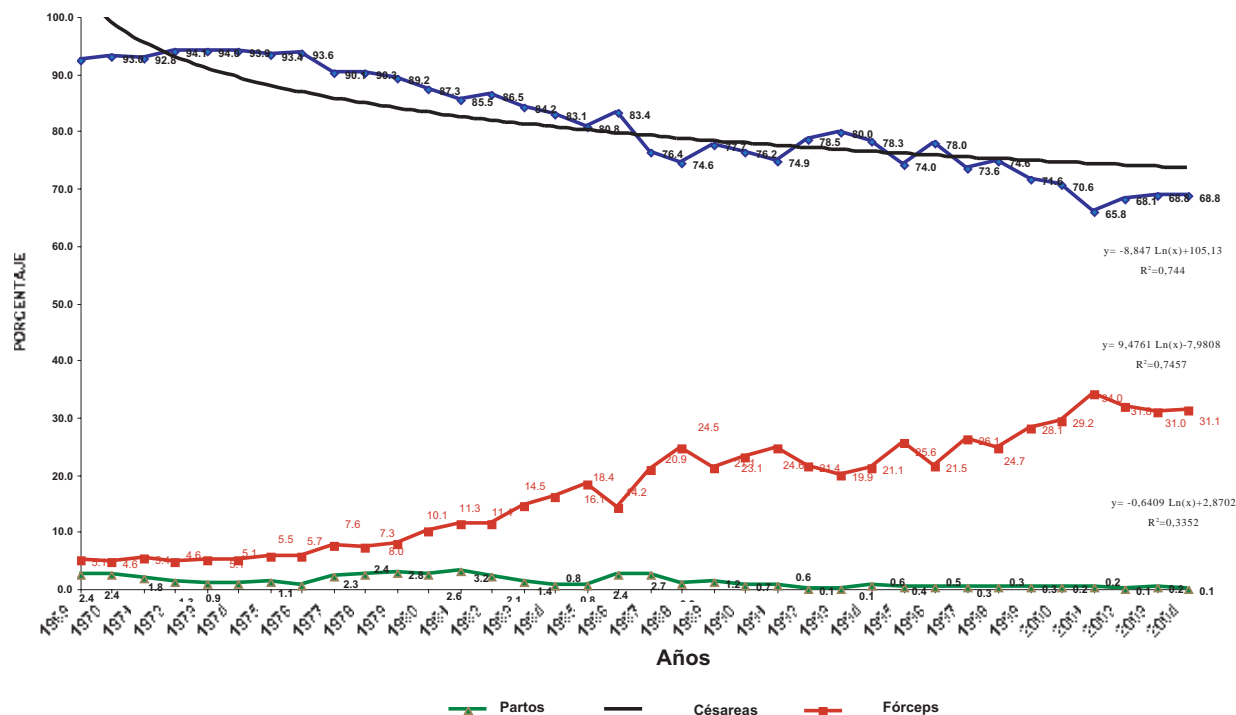


Figura 1. Porcentaje de tipo de partos Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello. 1969-2004.

94,93 %, que se hace muy evidente en los últimos años. Rangos extremos 3,15 % y 0,06 %. La línea de tendencia logarítmica global al descenso, ecuación $y = -0,6409 \ln(x) + 2,8702$ y $R^2 = 0,3352$.

DISCUSIÓN

Si analizamos aspectos demográficos de la población mundial nos revelan que los seres humanos han aumentado su número en una forma especial, desde la edad de piedra hasta nuestros días, presentando un patrón que difiere radicalmente al de otras especies. Hasta antes del año 2000 a.C la presencia del ser humano sobre el planeta era mínima, para 1800 había aproximadamente mil millones de humanos y se prevé que para el año 2050 sean 10 mil millones (18). Ahora bien, en la actualidad se agregan más personas cada día que en cualquier otra época de la historia humana, esto debido a los progresos de la higiene y de la medicina que logran que en los países pobres disminuya la mortalidad infantil sin que disminuya la natalidad. Se han disminuido las tasas de mortalidad y de natalidad,

pero la primera ha descendido más notablemente que la segunda; si continuamos con esta tendencia es probable que el número de personas sobre la Tierra se duplique y el mundo experimentará un colapso poblacional sin precedentes, con cientos de millones, tal vez miles millones de humanos que morirán prematuramente.

Un aspecto importante a revisar en materia de reproducción humana y que hemos planteado en este trabajo se refiere a los nacimientos y sus distintas formas de resolución en un lapso de 36 años en un hospital regional. Con respecto a los nacimientos encontramos un fuerte aumento desde su inicio hasta el año 2000, con tendencia al incremento; todo acorde con el crecimiento poblacional esperado para nuestro país y Latinoamérica (19). Sin embargo, paradójicamente en los cuatro últimos años hay un descenso, la explicación radica en limitaciones de la planta física en el hospital, son remodelaciones que se han prolongado en el tiempo y que ha llevado a trabajar con la mitad de las camas hospitalarias.

La evolución del embarazo y su finalización han sido clásicamente un evento de participación fami-

liar y hasta social, con muy rara incorporación del ambiente médico, resolviéndose por las vías naturales en cifras cercanas al 90 % (20). A partir de la segunda mitad del siglo pasado esta circunstancia ha ido perdiendo su entorno conocido para transformarse en un acto médico; si bien esto ha traído unos efectos beneficiosos para la madre y su niño, también han aparecido efectos no deseables como es el caso del incremento del parto quirúrgico o por cesárea.

La aseveración anterior toma valor con la tendencia al descenso de los partos e incremento de las cesáreas durante todo el período estudiado, esto lo habíamos detectado en el estudio previo (16); pero en esta oportunidad se reafirma con firmeza, incluso se ha llegado recientemente a máximos históricos para el hospital. La literatura consultada sobre este evento que se repite a nivel mundial revela aspectos que explican su porqué (21,23), otros refieren las cifras alcanzadas (24-28), además de las complicaciones materno-neonatales y costos (4,5,27,29). Pero donde todos coinciden es en la necesidad de disminuir estas abrumadoras cifras de cesáreas y tomar medidas docentes, asistenciales, administrativas. Incluso se han constituido comités, grupos de alerta, páginas de Internet (30), donde se hace un llamado a la reflexión de los médicos, y no sólo a ellos, también hay un llamado a las mujeres para que participen activamente en las decisiones del tipo de parto. Hay un elemento adicional a comentar, se refiere al notorio descenso en el uso o aplicación del fórceps, cuya tendencia es totalmente descendente, lo que coincide con Jaramillo (31).

Las tasas de cesárea han pasado en los últimos cinco años a una proporción de una por cada tres partos, sobrepasando lo encontrado en el estudio anterior que era una de cada cuatro (16); son tasas mayores a lo reportado en nuestro hospital por López Gómez y col. (32), quienes revisaron la incidencia, indicaciones, complicaciones y morbimortalidad durante los años 1974-1983 y luego el lapso 1984-1993 (33). En Venezuela han analizado a profundidad el problema otros autores (9-13).

Publicaciones latinoamericanas (26,27,31) y de otras latitudes (21-25), han reportado este fenómeno de la asistencia obstétrica: menos uso de la vía vaginal (partos y fórceps) e incremento de las cesáreas. Incluso señalan como cifras muy elevadas las de Colombia, Brasil, Puerto Rico (22) y México (26); y todo lo contrario, las más bajas en Cuba (33), y muchos países desarrollados (2,22), llegando

incluso a cifras menores de 15 %, con tendencia estable en algunos de ellos.

Se puede aseverar que el mejor conocimiento médico permitió disminuir el riesgo materno de la operación y con ello contribuir de manera efectiva a la disminución de la muerte materna y perinatal. En lo que no hay evidencias es que la mayor proporción y tendencia de las cesáreas haya tenido un igual beneficio de la mortalidad materna y perinatal. La preocupación por el tema es totalmente legítima. Es inaceptable que una intervención que en los inicios de esta especialidad estaba reservada para salvar vidas se haya convertido con el tiempo en una manera de nacimiento, y que además compita de una forma muy importante con la vía primaria y natural como es el parto vaginal (34,36).

A manera de conclusión queremos expresar que estas circunstancias que rodean el nacimiento son una realidad que debemos reconocer y evaluar con toda seriedad. Es necesario que en el ámbito asistencial se discutan las razones de las altas tasas de cesárea, el porqué del abandono del parto vaginal, la conveniencia del uso del partograma con una correcta interpretación de la curva de alerta, que en las historias clínicas se justifique cada decisión quirúrgica. Está plenamente justificado abrir una línea de investigación permanente sobre este tema. Docentemente se está argumentado un énfasis especial en las asignaturas relacionadas, debe incluirse a estudiantes de medicina, posgrados e incluso las futuras madres. Los responsables de la función administrativa deben velar por el cumplimiento de las normas correspondientes y facilitar las auditorías clínicas hacia la observancia de una asistencia obstétrica más eficaz.

REFERENCIAS

1. Philipson E, Rosen M. Tendencia en la frecuencia de partos por cesáreas. *Clin Obstet Ginecol.* 1985;4:869-876.
2. Notson FC, Placek PJ, Taffel SM. Comparisons of national cesarean-section rates. *N Engl J Med.* 1987;316:386-389.
3. Constance P. Una epidemia de cesáreas. *BID América.* Disponible en: <http://www.iadb.org/idbamerica/archive/stories/2000/esp/AGO00c/c800i.htm>
4. Jaramillo EL. Vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias. *Hospital de Caldas 1989-1993.* *Colombia Med.* 1996;27: 21-26.

5. Emmons SL, Kronn M, Sackson MA, Eschenbach DA. Development of wound infections among women undergoing cesarean section. *Obstet Gynecol.* 1988;72:559-564.
6. Oleske D, Glandon G, Giacomella G. The cesarean birth rate: Influence of hospital teaching status. *Health Serv Res.* 1991;26:325-337.
7. Hanley M, Smulian J, Lake M, McLean D, Vintzileos A. Analysis of repeat cesarean delivery indications: Implications of heterogeneity. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:883-888.
8. Zighelboim I, Maneiro P, Jiménez Villegas R, Perera J, Villalobos N. Hora de parto. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1976;36:617-630.
9. Agüero O. Frecuencia de la cesárea. *Gac Méd Caracas.* 1981;89:427-432.
10. Agüero O. Frecuencia actual de la cesárea. *Centro Med.* 1985;24:167-169.
11. Agüero O. Más sobre la frecuencia de la cesárea. *Gac Méd Caracas.* 1986;94:333-336.
12. Suárez Ocando D. Cesárea, uso y abuso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1993;53:71-78.
13. Molina R, Mármol de Maneiro L, Sánchez J. Cesárea: tendencia en frecuencia e indicaciones. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1995;55:65-70.
14. Agüero O. Actualización sobre fórceps obstétrico. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1986;46:3-6.
15. Agüero O. Situación actual del fórceps. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1991;51:203-206.
16. Faneite P. Salud reproductiva obstétrica. Tendencia 1969-1996. I. Asistencia obstétrica: nacimientos y sus formas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1997;57:145-150.
17. Mostrar tendencias y prever ventas mediante gráficos. Microsoft office on line. Disponible en: <http://office.microsoft.com/es-hn/assistance/HA010877853082.aspx>
18. U.S. Census Bureau. Total Midyear Population for the World: 1950-2050. Disponible en: <http://www.census.gov/ipc/www/worldpop.html>
19. CEPAL. Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe. Equipo CELADE. Serie población y desarrollo. No. 58. Febrero 2005. Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/6/21136/P21136.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>
20. Sakala C. Medically unnecessary cesarean section births: Introduction to a Symposium. *Soc Sci Med.* 1993;37:1179-1198.
21. Silbar EL. Factors related to the increasing cesarean section rates for cephalopelvic disproportion. *Am J Obstet Gynecol.* 1986;154:1095.
22. Notson FC. International differences in the use of obstetric interventions. *JAMA.* 1990;263:3286-3291.
23. Macara LM, Murphy KW. The contribution of dystocia to the cesarean section rate. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;171:71-77.
24. Gold EM. Frecuencia de la operación cesárea. *Mundo Médico.* 1987;3:61-69.
25. CDC. Rates of cesarean delivery. United States, 1991. *Morb Mortal Wkly Rep.* 1993;42:285-289.
26. Uribarren BO, Evangelista SC. Cesárea: su frecuencia e indicaciones. *Ginecol Obstet Mex.* 1993;61:168-170.
27. Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: Ecological study. *BMJ.* 1999;27(319):1397-1400.
28. Towner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. *N Engl J Med.* 1999;341(23):1709-1714.
29. Shearer EL. Cesarean section: Medical benefits and costs. *Soc Sci Med.* 1993;37(10):1223-1231.
30. Maternity Wise. Maternity Center Association's. Disponible en: <http://www.maternitywise.org/home.html>.
31. Jaramillo EL. Tendencia de cesáreas y fórceps. Hospital de Caldas, 1970-1994. *Rev Col Obst Ginecol.* 1995;46:111-113.
32. López Gómez JR, Rivas M, Méndez N, Bracho de López C, Beutivagna G, Di Terlizzi M. Operación cesárea en la Maternidad del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. 1984-1993. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1999;59:73-80.
33. Notson FC, Placek PJ, Taffel SM. Comparisons of national cesarean-section rates. *N Engl J Med.* 1987;316:386-389.
34. Besio M. Cesárea versus parto vaginal: una perspectiva ética. *Rev Méd Chile.* 1999;127:1121-1125.
35. Johanson R, Newburn M. Promoting normality in childbirth. *BMJ.* 2001;323:1142-1143.
36. Potter J, Berquo E, Perpetuo I, Leal O, Hopkins K, Souza M, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: Prospective study. *BMJ.* 2001;323:1155-1158.