

Consideraciones sobre 3.000 partos

CAMILO CAPASSO

El que ha estudiado o estudia los diversos tratados de obstetricia, ve en ellos como los distintos autores enseñan, basados en estadísticas de sus respectivos países, la frecuencia de las diferentes presentaciones, el peso y la talla de los fetos a término, la frecuencia de intervenciones como aplicación de fórceps, cesáreas, versiones, y el porcentaje de las diversas distocias, etc.

Personalmente me he siempre preguntado: se presentarán los mismos porcentajes de presentaciones, distocias, intervenciones obstétricas, etc. en nuestras pacientes?

En esto se basa este modesto trabajo. Son consideraciones sobre 3.000 partos atendidos por miembros de la Sociedad Colombiana de Obstetricia en el Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

Hubiera querido presentar una co-sistística mayor, pues sólo en la Clínica Primeró de Mayo se han atendido cerca de 10.000 partos; desafortunadamente muchas circunstancias me limitaron a concretarme a 3.000 casos.

I — Consideraciones generales — La mayoría de las pacientes pertenecen a la clase obrera, y por ende viven en condiciones antihigiénicas, en habitaciones estrechas, con nutrición deficiente. Un gran porcentaje de ellas tra-

baja en condiciones penosas, lo que sumado a su «standard» de vida, hace más significativa la estadística presentada.

Afortunadamente la legislación dictada en defensa de la maternidad provee al descanso en el último mes de embarazo, y el ICSS cumpliendo la finalidad legal remunera a la embarazada que descansa durante el último mes de su gestación.

La atención obstétrica que brinda el ICSS a sus afiliadas y beneficiarias, similar a la que podría aspirar cualquier persona, por medios económicos que disfrute, balancea en gran parte las deficientes condiciones de vida de la clase obrera. De ahí que me congratule con la Sociedad Colombiana de Obstetricia y con las directivas del Seguro, quienes en conjunto han organizado todo lo referente a la atención prenatal, del parto y puerperio.

Toda paciente escoge su obstetra de confianza y llega al parto después de haber sido examinada periódica y minuciosamente durante el embarazo.

Ningún examen se les escatima; abraugrafías, reacciones serológicas repetidas, R. H., exámenes de orina, radiografías, radiopelvimetrías, en fin cuanto el obstetra considere indispensable.

se hacen juntas entre varios especialistas para discutir o aconsejar la conducta obstétrica más conveniente; quizás por todo lo anterior este trabajo arroja datos de mortalidad que no tienen nada que envidiar a las estadísticas de los mejores hospitales del mundo.

En una totalidad de 3.000 casos fueron:

Embarazos extra-uterinos	6	0.20%
Abortos	214	7.10%
Partos prematuros	134	4.47%
Primíparas a término	800	26.66%
Multiparas a término	1.846	61.54%
Sumas	3.000	100.00%

Nota: Los partos de primíparas fueron:

Únicos	794	
Dobles	6	0.75 %

Los partos de multiparas, fueron:

Únicos	1.825	
Dobles	20	1.11 %
Triplés	1	0.055%

En relación con la frecuencia del embarazo extra-uterino en los distintos servicios de obstetricia, he podido recoger los siguientes datos:

H. Kawashita	0.16%
Manuel L. Pérez	0.45%
H. Millër	0.66%
A. de Queiroz	1.00%
Nuestra estadística da solamente el	0.20%

Con la frecuencia del aborto, los siguientes porcentajes:

partos:

Taussing—1 aborto para cada 2.5 partos en ciudades y 1 aborto para cada 5 partos en el campo.

Nuestra estadística nos sorprende con el exiguo número de abortos ya que arroja: 1 aborto para cada 13 partos. Estoy convencido de que este dato es consecuencia de la religión que profesan médico y paciente: la católica.

En relación con los partos prematuros:

K. Schultze	6.6%
Murphy y Bowmann	8 %

Nuestra estadística da un 4.47%. Hay que anotar que los porcentajes de los anteriores autores son sacados de hospitales, y el nuestro de pacientes a quienes se somete al más riguroso control y tratamiento (T. B. C., Sífilis, Toxemias, etc.), desde el embarazo.

Con relación a las presentaciones en OIDA, OIDP, OIIP y en CARA son sensiblemente iguales. Es de hacer notar el aumento considerable de la variedad más rara entre las de vértice flejadas, o sea la OIDA, que arroja un porcentaje tres veces superior al que trae el doctor Manuel L. Pérez (2%) y 16 veces superior al del doctor C. Wassermann (0.43%).

Con la presentación de pelvis se comprueba una vez más la importancia de la edad del embarazo como factor etiológico de la presentación.

7 meses de embarazo	18 %
7½ meses de embarazo	11.1 %
8 meses de embarazo	5.5 %
9 meses primíparas	3 %
9 meses multiparas	2.64%

mediada entre primíparas con un 0.25% y múltiparas por un 0.65%, nos da un 0.38%, porcentaje muy igual a los de otros países como Inglaterra 0.4%, U.S.A., 0.5% (De Lee, 0.5% Manuel L. Pérez, 0.75).

Peso promedio de los fetos masculinos y femeninos (prematuros y a término) en múltiparas y primíparas

	Peso	
	S Masculino Gr.	S Femenino Gr.
7 meses	1.467	1.508
7½ meses	1.900	1.800
8 meses	2.228	2.295
9 meses, primíparas	3.033	2.850
9 meses, múltiparas	3.140	2.969

	Longitud	
	S Masculino Cm.	S Femenino Cm.
7 meses	40.80	40.60
7½ meses	43.10	43.10
8 meses	46.00	46.00
9 meses, primíparas	49.72	48.80
9 meses, múltiparas	49.50	49.00

Porcentaje de fetos masculinos y femeninos en múltiparas y primíparas

	Sexo Masculino	Sexo Femenino
Primíparas	51.75%	48.25%
Múltiparas	53.34%	46.66%

Con relación al peso y talla los autores tienen los siguientes promedios:

Vinckl y Frankenhäuser:

3.525 Grms. para varones.
3.200 Grms. para mujeres.

Sillman Lanroth:

3.391 Grms. para varones.
3.327 Grms. para mujeres.

3.441 Grms. para varones.

3.323 Grms. para mujeres.

En nuestra estadística se comprendieron entre los fetos a término aquellos nacidos de 8½ meses en adelante; además hubo discriminación entre peso de primíparas y múltiparas.

Las primíparas dieron:

3.033 Grms. para los varones.

2.850 Grms. para las mujeres.

Las múltiparas dieron:

3.140 Grms. para los varones.

2.969 Grms. para las mujeres.

Son, pues, fetos relativamente más pequeños que los que muestran los autores alemanes, ingleses y argentinos.

Lo mismo se puede decir con relación a la talla. La mayoría de los autores dan una longitud de 50 Cms. sin distinguir entre fetos de primíparas y de múltiparas; ni de varones y mujeres. En nuestra estadística

Las primíparas dieron:

49.72 Cms. para los varones.

48.80 Cms. para las mujeres.

Las múltiparas dieron:

49.50 Cms. para los varones.

49 Cms. para las mujeres.

Hay que tener en cuenta que esos pesos y tallas son proporcionales al tamaño y peso de nuestras mujeres, más reducidas que las alemanas, inglesas, etc.

y primiparas

Partos

	Cont.	Porcentaje	No. casos
7 meses	33	84.70	39
7½ meses	15	83.30	18
8 meses	57	77.00	74
Multiparas a término	1,462	81.23	1,800
Primiparas a término	274	34.25	800

Mortinatalidad

	Global	Depurada
7 meses	33.33	12.12
7½ meses	60.00	33.33
8 meses	5.50	5.50
Multiparas a término	0.61	0.41
Primiparas a término	1.46	0.73

Partos con alguna intervención, prematuros y a término en multiparas y primiparas

Mortinatalidad global y depurada en porcentaje

Partos

	Cont.	Porcentaje	No. casos
7 meses	6	15.30	39
7½ meses	3	16.70	18
8 meses	17	23.00	74
Multiparas a término	338	18.77	1,800
Primiparas a término	526	65.75	800

Mortinatalidad

	Global	Depurada
7 meses	50.00	33.33
7½ meses	33.33	33.33
8 meses	0.00	0.00
Multiparas a término	1.45	1.45
Primiparas a término	1.71	1.71

y primiparas)

	Cont.	Porcentaje	No. casos
7 meses	2	5.10	39
7½ meses	1	5.50	18
8 meses	7	9.30	74
Multiparas a término	163	9.06	1,800
Primiparas a término	275	34.37	800

Mortinatalidad

	Global	Depurada
7 meses	0.00	0.00
7½ meses	0.00	0.00
8 meses	0.00	0.00
Multiparas a término	0.00	0.00
Primiparas a término	0.36	0.36

Respecto de la episiotomía, ningún autor trae estadísticas, ya que es una intervención que se utiliza sistemáticamente para evitar desgarros, muchas veces de tercer grado, una demora innecesaria y a veces perjudicial para el feto en el periodo de expulsión.

Nuestra estadística da:

Sobre 800 casos de primiparas:

275 episiotomías sin ninguna otra intervención y 166 episiotomías seguidas de aplicación de fórceps.

Lo que da un total de 441 episiotomías. Más del 50% de los casos, de donde salta a la vista la importancia de esta pequeña intervención en nuestro medio.

Partos con episiotomía y fórceps (prematuros y a término en multiparas y primiparas)

	Cont.	Porcentaje	No. casos
7 meses	0.00	0.00	39
7½ meses	0	0.00	18
8 meses	7	9.30	74

Primíparas a término 166 20.75 800

Mortinatalidad

	Globel	Depurado
7 meses	0.00	0.00
7½ meses	0.00	0.00
8 meses	0.00	0.00
Multiparas a término	0.00	0.00
Primíparas a término	2.41	2.41

Partos con fórceps únicamente (prematuros y a término en multiparas y primíparas)

	Cant.	Porcentaje	No. casos
7 meses	0.00	0.00	39
7½ meses	0	0.00	18
8 meses	1	1.50	74
Multiparas a término	85	4.72	1.800
Primíparas a término	57	7.12	800

Mortinatalidad

	Globel	Depurado
7 meses	0.00	0.00
7½ meses	0.00	0.00
8 meses	0.00	0.00
Multiparas a término	3.53	1.18
Primíparas a término	5.26	5.26

En relación con el fórceps, ninguna de las estadísticas confrontadas hace distinción entre la frecuencia de fórceps en primíparas y multiparas:

Manuel L. Pérez, da	4 %
H. Helm	2.65%
J. de Rezende	4.56%
J. Erbsott	5.38%
J. A. Gabastou	2.8 %
N. A. Yanzon	4.4 %

Nuestra estadística da:

Primíparas, sobre 800 partos:

Fórceps y episiotomía	166	20.75 %
Fórceps sin episiotomía	57	7.125%

Lo que suma 223 aplicaciones de fórceps en los 800 casos, o sea un porcentaje de 27.87%.

Multiparas sobre 1.800 partos:

Fórceps y episiotomía	37	2.05
Fórceps sin episiotomía	85	4.72

Lo que suma 122 fórceps en 1.800 partos de multiparas, lo que eleva el porcentaje a 6.77%.

Sumando los casos de multiparas y primíparas dan 2.600 partos y los fórceps aplicados en primíparas y multiparas suman 345, lo que da un porcentaje de 13.27%.

Este aumento se debe casi exclusivamente a la enorme cantidad de fórceps profilácticos que se aplicaron:

En multiparas	52
En primíparas	105

lo cual suma 157 fórceps; y como el total de ellos fue de 345, dió un porcentaje de 45.5% de fórceps profilácticos.

Relacionando el fórceps con la mortinatalidad, tampoco en esto las estadísticas hacen diferenciación entre mortinatalidad con fórceps en primíparas y multiparas.

Sach, da	2.81%
H. Helm, da	5.3 %
J. Erbslch, da	5.81%
M. A. Novey, da	5.96%
Buron, da	6 %

Grasa, da 10

A Peralta Ramos relacionándolo con el plano de aplicación, da:

Por encima del primer plano de Hodge	13.7%
Entre el primer y segundo plano de Hodge	10.1%
Entre el segundo y el tercer plano de Hodge	9.8%

Nuestra estadística enseña:

Primiparas

Fórceps con episiotomía en 166 casos:

4 mortinatos o sea un 2.41%.

Fórceps sin episiotomía, en 57 casos. 3 mortinatos o sea 5.26%.

Múltiparas

Fórceps con episiotomías, en 37 casos.

Ningún mortinato.

Fórceps sin episiotomía, en 85 casos.

1 mortinato y 2 fetos muertos y macerados.

Mortinatalidad global, 3.53%. Mortinatalidad depurada, 2.3%.

Sumando las aplicaciones de fórceps en múltiparas y primiparas se obtiene un total de 345 fórceps, con 8 mortinatos y 2 fetos muertos y macerados.

La mortinatalidad global fue, pues, de 2.9%.

Y la mortinatalidad depurada, de 2.3%.

Tenemos entonces casi 2½ veces más cantidad de aplicación de fórceps con una mortinatalidad que varía de dos a cuatro veces menos con los da-

Cesáreas con prematuros y a término en múltiparas y primiparas

	Casos	Partos	% cesáreas
7 meses	2	510	39
7½ meses	1	560	18
8 meses	2	290	74
Múltiparas a término	40	222	43
Primiparas a término	28	350	30

Mortinatalidad

	Casos	Partos
7 meses	50.00	50.00
7½ meses	0.00	0.00
8 meses	0.00	0.00
Múltiparas a término	2.50	2.50
Primiparas a término	3.93	3.93

Todas las cesáreas fueron segmentarias y transperitoneales.

Aquí tampoco los autores hacen diferenciación entre frecuencia de cesáreas en primiparas y múltiparas.

J. Frigyesi	2.3%
P. Felweg	5.8%
T. Monygomery	1.6%
Schumann	2.5%

Nuestra estadística da:

Primiparas, sobre 800 partos, 28 cesáreas, un 3.5%.

Múltiparas, sobre 1.800 casos, 40 cesáreas, un 2.22%.

Un total de 68 cesáreas sobre 2.600 partos, lo que da un 2.65%.

Este porcentaje es sensiblemente igual a los anteriormente citados.

Con relación a la mortinatalidad:

J. P. Greenhill	0.8%
Selitzky	2.7%
Manuel L. Pérez	3%

Primíparas, 1 mortinato.
 Multiparas, 1 mortinato.
 68 cesáreas con 2 mortinatos dan un porcentaje de 3.4%, también sensiblemente igual a los anteriores citados.

	Gen.	Eq. 1932
7 meses	100.00	100.00
7½ meses	100.00	100.00
8 meses.	0.00	0.00
Multiparas a término .	7.69	0.00
Primíparas a término .	0.00	0.00

Partos con versión interna prematuros y a término en primíparas y multiparas

Promedio de duración del trabajo en horas, prematuros y a término en primíparas y multiparas.

	Cant.	Porcentaje	No. casos
7 meses	2	5.10	39
7½ meses	1	5.60	18
8 meses	0	0.00	74
Multiparas a término .	13	0.72	1.800
Primíparas a término .	0	0.00	800

7 meses	11 h. 00'
7½	11 h. 00'
8 meses	11 h. 00'
Multiparas a término	9 h. 15'
Primíparas a término	16 h. 12'

N. B. En el próximo número se publicarán los cuadros correspondientes a los fórceps aplicados y a las cesáreas practicadas.

OCTOSPASMOL

(ANTIESPASMÓDICO)

COMPOSICIÓN:

Clorhidrato de Papaverina,
 Clorhidrato de Octina, Difetil-aceticodietilamino-etanoletérico,
 Dimetilamino-antipirina-dialilbarbiturato.

Ampollas de 1 cc.

Gotas, frasco de 12 cc.

Espasmos gastro-intestinales; espasmos vías urinarias; espasmos coronarios, etc.

Laboratorios "Hormona" Colombia, S. A.

Apartado aéreo 4092 - Bogotá.