

Relación entre mortalidad perinatal y consulta prenatal. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 1969-1996

Dr. Pedro J Faneite A

Servicio de Perinatología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela.

RESUMEN

Objetivo. Conocer la relación entre la mortalidad perinatal y la consulta prenatal durante 28 años de actividad.

Ambiente. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela.

Método. Estudio retrospectivo descriptivo de las tasas de mortalidad perinatal II y el número de consultas prenatales durante el período 1969-1996.

Resultado. En el lapso de 1969-1975 hubo un incremento conjunto de tasas de mortalidad perinatal de 44,07 a 59,32 por 1 000 nacimientos y de la consulta prenatal de 766 a 2 401. En 1975 se inician actividades perinatales y consultas de alto riesgo; entre 1976-1982 hay una caída sostenida de mortalidad perinatal hasta la tasa de 26,10 por 1 000 nacimientos acompañada de incremento de consulta prenatal.

Los últimos 14 años estudiados se inician en 1983 con una disminución de las consultas prenatales, lo que se repite en los años 1989, 1992 a 1996, mostrando como contraparte un repunte de la mortalidad perinatal en picos, terminando con cifra de 49,59 por 1 000 nacimientos.

Conclusión. La disminución del control prenatal se relaciona con una elevación de la mortalidad perinatal. Se hacen sugerencias ante esta problemática multifactorial.

Palabras clave: Mortalidad perinatal. Consulta prenatal.

SUMMARY

Objective. To know the relationship between perinatal mortality and prenatal consultation during 28 years of activity.

Setting. "Dr. Adolfo Prince Lara" Hospital. Puerto Cabello, Carabobo State, Venezuela.

Method. Retrospective descriptive study of perinatal mortality II rates and the prenatal consultation during 1969-1996.

Results. During 1969-1996 period there was an increase in both perinatal mortality from 44.07 to 59.32 per 1 000 life born and prenatal consultation from 766 to 2 401. In 1975 perinatal activities and high risk assessment begun. Between 1976-1982 there was a sustained reduction of perinatal mortality until a rate of 26.10 for 1000 births, accompanied by an increment of prenatal consultations. The last 14 years studied began in 1983 with a decrease of the prenatal consultations, that repeats in 1989, 1992-1996, showing an increase in perinatal mortality in picks like tally, finishing with a rate of 49.59 for 1 000 births.

Conclusion. The decrease of the prenatal control is related with an elevation of the perinatal mortality. We make suggestions about this complex problem.

Key words: Perinatal mortality. Prenatal consultation.

INTRODUCCIÓN

Venezuela a partir de 1972, recibió ingresos económicos extraordinarios producto del aumento del valor del petróleo, este excedente presupuestario en su primera etapa mostró un relativo beneficio en el bienestar del venezolano; pero esta situación cambió a partir de 1983 con la aparición de la deuda externa, con aumento de toda una problemática socio-económica que se ha visto reflejada en un retroceso del nivel de vida y la asistencia médica. Ahora, tenemos, enfermedades antes controladas (tubercu-

losis, cólera, paludismo, desnutrición), deterioro de los servicios básicos, huelgas del personal que labora en la salud, alza de tasas negativas (mortalidad materna y perinatal) (1-3).

De acuerdo a los resultados del Censo 1990 (4), nuestro país tiene una tasa de crecimiento natural de 2,3%, tasa bruta de natalidad de 29,25 por 1 000 habitantes, estimándose que de mantenerse las condiciones actuales de reproducción se duplicará la población en 20 años. Nos preocupa mucho lo que

sucede sobre esta gran masa humana donde la más vulnerable (madre, niño y adolescente) constituye el 69% (5).

En vista de estas serias circunstancias, es por lo que como objetivo de este trabajo descriptivo retrospectivo nos ha parecido razonable relacionar dos variables biomédicas: la mortalidad perinatal (MP), la cual mide factores socioeconómicos, demográficos y atención de salud, la misma puede ser utilizada como estigma valorada de eficiencia y acción de planes de salud pública (6), este parámetro lo hemos analizado en trabajos previos (3,7,8); la segunda variable es el control prenatal, el cual no sólo nos va a permitir conocer si hubo la vigilancia obstétrica y su cantidad anual, sino que señalará la continuidad y disposición de la asistencia médica y otros servicios auxiliares a la gestante. Se tomó como lugar de evaluación el Hospital Regional "Dr. Adolfo Prince Lara" con un área de influencia de 350 000 habitantes durante sus 28 años de funcionamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el departamento de historias médicas del Hospital anteriormente referido se recabaron las variables en estudio: consulta prenatal y mortalidad perinatal II (3), los datos fueron copilados en formulario anualizado desde 1969 a 1996.

La relación de variables es resumida en cuadro estadístico y figura del tipo serie cronológica, empleándose el número de consultas anuales y la tasa de mortalidad II por 1 000 nacimientos.

RESULTADOS

En el Cuadro 1 y Figura 1 se muestran las consultas prenatales anualizadas y la mortalidad perinatal; el análisis de la relación lo dividiremos en dos grandes períodos de 14 años.

El primero va de 1969 a 1982, con dos segmentos; de 1969-1975, se observa un incremento sostenido de la mortalidad perinatal que varió de 44,07 a 59,32 por 1 000 nacimientos a pesar de que las consultas se elevaron de 766 a 2 401.

En 1975 se inicia la actividad del Servicio de Perinatología apoyando la consulta de embarazo de alto riesgo. El segundo segmento es de 1976-1982, hay una caída sostenida de la mortalidad perinatal, hasta 1982, de 47,85 a 26,10 se sucede en conjunto un incremento permanente anual de las consultas prenatales de 2 309 a 2 673.

Cuadro 1

Tasa de mortalidad perinatal y consulta prenatal

Años	Nº de consultas prenatal	Mortalidad perinatal por mil nacimientos
1969	766	44,07
1970	1 183	36,26
1971	1 265	42,28
1972	1 706	43,36
1973	1 647	48,83
1974	1 959	56,92
1975	2 401	59,32
1976	2 309	47,85
1977	2 080	41,99
1978	2 288	48,50
1979	2 562	41,74
1980	3 341	38,84
1981	2 504	26,44
1982	2 673	26,10
1983	466	27,34
1984	2 663	56,86
1985	3 817	44,84
1986	3 970	36,42
1987	3 076	27,60
1988	1 334	39,11
1989	1 462	45,09
1990	2 587	36,86
1991	3 502	52,94
1992	1 098	35,43
1993	885	43,10
1994	534	39,98
1995	735	42,23
1996	183	43,59

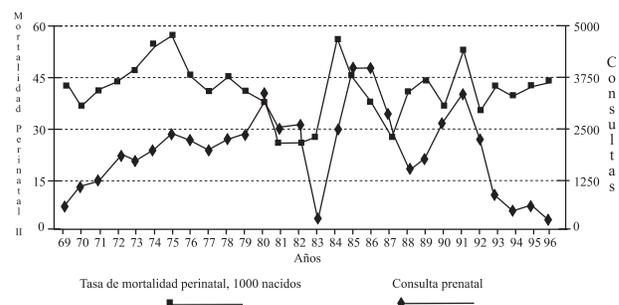


Figura 1. Tasa de mortalidad perinatal II y consultas prenatales. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello 1960-1996.

El segundo período de 14 años se inicia en 1983 con gran caída de la consulta prenatal a 644, motivado

a huelga médica, en este momento se tiene la mayor cita de mortalidad perinatal con 56,86 por 1 000 nacimientos; a partir de este año y hasta el fin de período en 1996 se caracteriza porque luego de cada caída importante de consulta prenatal (años 1988, 1989, 1992-1996) se tiene como respuesta o contraparte un pico o incremento sostenido de la mortalidad perinatal, finalizando con cifras de 43,59 por 1 000 nacimientos.

DISCUSIÓN

La mortalidad perinatal es un indicador combinado que está íntimamente relacionado con diversos factores, los cuales han hecho eclosión en nuestro país de manera expansiva (socioeconómico, demográfico, y cobertura-calidad de servicios médicos) (1-3).

Los resultados mostraron durante el primer segmento de los primeros 14 años estudiados que a pesar de haber un incremento de consulta prenatal hubo un aumento de la mortalidad perinatal, pero sólo fue a raíz de la implementación y apoyo de la actividad perinatal cuando se logra impactar de manera notoria sobre la mortalidad perinatal y se obtiene un descenso significativo hasta 1982; son conocidas las circunstancias socioeconómicas que hacen aparición con la deuda externa, a partir de esa fecha se inicia un deterioro de la calidad de vida en el país, luchas sociales, gremiales, en busca de un mejor estándar de vida. En este estudio durante los últimos 14 años se observa interrupción y caída de la consulta prenatal con los consecuentes picos en alza de mortalidad perinatal, para terminar el período con cifras elevadas importantes.

Pero las alzas de dicha tasa no pueden ser atribuidas sólo a la suspensión de la consulta prenatal o las huelgas médicas, si bien éstas imposibilitan a las gestantes de una adecuada evaluación médica, diagnóstico precoz, referencias, examen laboratorial, consulta especializada y asistencia de parto a tiempo. Por ello valorar la continuidad de la consulta prenatal lleva implícito la disponibilidad de otros servicios anexos como banco de sangre, rayos x, laboratorio, nutricionistas, etc.

Detrás de esta realidad hay un telón de fondo cual es la situación socio-económica y política que estamos viviendo, existe una grave crisis económica social y moral que aumenta la pobreza crítica en grandes sectores de la población, se ha producido un regreso a los niveles de los años 60 (1).

En abril de 1997 ha concluido la más larga y

severa suspensión de servicios de asistencia médica por razones huelgarias y todavía continúan amenazas, cuestión que se conoce como "la huelga crónica", manera de hacer presión para lograr mejoras en contratos colectivos, dotación de insumos hospitalarios, etc.

A manera de conclusión podemos decir que la problemática es compleja, intervienen factores económicos, sociales, políticos, gremiales, etc.; pero lo cierto es que hay una decadencia del nivel de vida, la interrupción de los servicios médicos, disminución de su calidad, desestímulo al trabajo en salud; todo esto conlleva a que se eleven las tasas de morbimortalidad perinatal que indican un deterioro de la salud materno infantil.

Ante esta serie de circunstancias nos atrevemos a plantear las siguientes necesidades:

1. La Administración Central y Gobiernos regionales deben proveer anticipadamente los recursos, planes y reformas radicales que se impongan, además de una gerencia eficiente.
2. Analizar y diseñar líneas de acción y enfrentar problemas estructurales, sin dejar aristas de fondo que reaparecen recurrentemente con mayor gravedad.
3. Dotar suficiente en forma periódica el material médico quirúrgico a los centros hospitalarios.
4. Cumplir las obligaciones contractuales.

REFERENCIAS

1. Bruzual A. Venezuela país rico con una población pobre. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1994;54:179-186.
2. Faneite P. Situación perinatal. En: Faneite P, editor. *Evaluación de la salud fetal*. Caracas: Italgráfica SRL; 1992.p.30-41.
3. Faneite P. Salud reproductiva obstétrica. Tendencia 1969-1996. II Mortalidad materna y perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1997;57:151-156.
4. Oficina Central de Estadísticas e Informática. XI Censo general de población y vivienda. Caracas: OCEI; 1992.
5. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Memoria y cuenta 1995. Caracas: Departamento de Publicaciones; 1996:56-57.
6. Waaler H, Sterky G. ¿Cuál es el mejor indicador de la atención de salud? *Foro mundial de la salud* 1984;5:318-321.
7. Faneite P. Análisis crítico de la mortalidad perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1986;46:83-92.
8. Faneite P. Impacto de la asistencia perinatal en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello. 12 años de experiencia. *Gac Méd Caracas* 1988;91:15-55.