

Análisis de la mortalidad perinatal (1993-1997).

I. Mortalidad fetal

Drs. Pedro Faneite*, Juan Galíndez**, Luis Ojeda**, Asmirian Montilla**, Reina Rivero**, Fernando Orozco**

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

RESUMEN

Objetivo: Conocer la incidencia de la mortalidad fetal, las características maternas, condiciones obstétricas y factores relacionados.

Método: Estudio descriptivo analítico de 421 muertes fetales sucedidas entre 1993-1997.

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

Resultados: La mortalidad perinatal para el período fue de 45,46 por mil nacidos vivos, y la fetal 22,28. Las muertes predominaron en edades de 24 años y menos (47,27%), con antecedentes familiares hipertensión arterial y diabetes (52,49%), antecedentes personales hipertensión arterial y diabetes (24,9%), la patología de ingreso determinante fue la hipertensión arterial 25,41%, seguida de la hemorrágica placentaria 13,06%. No realizaron control prenatal el 48,22%, hubo III-VII gestantes (62,47%), la edad de gestación menor a 37 semanas 62,9%. El 77,43% fueron partos vaginales. Predominó el sexo masculino 50,36% con peso menor de 2 500 g (65,09%) y talla menor de 50 cm (65,32%). El factor de muerte directo conocido en 265 casos fue la insuficiencia placentaria 45,28%, desencadenada especialmente por hipertensión arterial, seguida por patología hemorrágica placentaria 38,87%.

Conclusión: Los resultados señalan hacer un mejor manejo de las patologías hipertensivas, diabetes y hemorrágicas placentaria a fin de disminuir la mortalidad fetal.

Palabras clave: Mortalidad fetal. Análisis.

SUMMARY

Objective: To know the incidence of the fetal mortality, maternal characteristics, obstetrical conditions and related factors.

Method: Descriptive analytic study of 421 fetal deaths occurred from 1993-1997.

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

Result: The perinatal mortality rate was 45.46 for 1 000 alive newborns with a fetal mortality of 22.28. Deaths were prominent in patients with ages of 24 years or less (47.27%), family history of arterial hypertension and diabetes 52.49%, personal history of arterial hypertension and diabetes 24.9%; the admission pathologies were arterial hypertension 25.41% and placental hemorrhages 13.06%. There was no prenatal care in 48.22%, II-VII gestations 62.47%, gestational age lower than 37 weeks in 62.9%, There was 77.43% of vaginal delivery. Male sex 50.36%, with neonatal weight lower than 2 500 g 65.09%, neonatal length less than 49 cm in 65.32%. The direct factors of fetal deaths known in 265 cases were placental insufficiency 45.28%, due to hypertension and placental hemorrhages pathologies 38.87%.

Conclusion: A better attention to hypertensive pathologies, diabetes and placental hemorrhages is necessary for reducing fetal mortality.

Key words: Fetal mortality. Analysis.

INTRODUCCIÓN

La asistencia de la mujer embarazada varía mucho en todo el mundo. En países desarrollados, donde las condiciones socio-económicas y los programas

de salud responden a un mejoramiento en calidad y cobertura ha conducido a un importante descenso de los indicadores negativos de salud, entre ellos la morbi-mortalidad materno-perinatal. Por el contrario, en los países en desarrollo, es decir, en nuestra región, persisten serias condiciones demográficas, ambientales, socio-económicas, de salud pública, que tienden a favorecer y a mantener

*Jefe del Servicio de Perinatología.

**Residentes de posgrado de Gineco-Obstetricia.

Recibido: 09-02-99

Aceptado para publicación: 02-08-99

las posibilidades de riesgos y aumentar la morbi-mortalidad perinatal (1).

Hemos estado muy atentos a las recomendaciones de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), UNICEF, Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), en el sentido de estar muy despiertos ante la alarmante situación materno-perinatal en nuestra región. Sugieren vigilancia y estudio permanente para enfrentar las circunstancias y factores desencadenantes (2,3).

Por ello en estudio previo (4), de las tendencias de la mortalidad materna y perinatal para el período 1969-1996, encontramos que la mortalidad materna se mantiene con cifras elevadas y con tendencia final a estabilidad, pero para la mortalidad perinatal hay cifras elevadas y una tendencia al incremento en los últimos años; esto nos obliga en esta ocasión a realizar un análisis de la mortalidad perinatal, conocer las razones de este incremento, evaluar las características maternas, condiciones obstétricas y sus factores relacionados; específicamente, en este trabajo, hacemos lo correspondiente a la mortalidad fetal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan retrospectivamente las estadísticas perinatales recabadas en el departamento de historias médicas del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", durante el lapso de 1993-1997.

Durante el lapso se sucedieron 457 muertes fetales, de las cuales pudimos analizar 421 historias (92,12%), de donde se obtienen las características maternas (edad, antecedentes familiares, antecedentes personales y patologías de ingreso), estado obstétrico (control prenatal, gestaciones, edad de embarazo y tipo de parto), datos fetales (sexo, peso y talla), y finalmente, 265 casos permitieron el estudio de factores directos y desencadenantes de la muerte fetal.

Estas variables son resumidas en cuadros estadísticos de distribución de frecuencia y sometidas al análisis estadístico correspondiente.

RESULTADOS

Durante el lapso estudiado se sucedieron 20 503 nacimientos, con 457 muertes fetales y 474 neonatales; lo que revela una tasa de mortalidad perinatal para el período de 45,46 por mil nacidos

vivos, tasa de mortalidad fetal de 22,28 y mortalidad neonatal 23,11.

Las características maternas de las 421 muertes fetales se resumen en el Cuadro 1. Podemos observar en cuanto a la edad materna predominó el grupo de 24 años y menos con 47,27% (199/421), los antecedentes familiares hipertensión arterial y diabetes 52,49% (221/421), antecedentes personales patología hipertensiva y diabetes 24,9% (103/421), y en patologías de ingreso la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) y arterial crónica (HAC) 25,41% (107/421), seguida de las hemorragias placentarias 13,06% (55/421).

En el Cuadro 2 se muestra el estado obstétrico. El control prenatal no se realizó en el 48,22% (203/421), predominaron las gestantes III-VII 62,47% (263/421), con edad de gestación menor de 37 semanas 62,95% (263/421), el parto vaginal en 77,43% (326/421).

Cuadro 1
Características maternas

Edad Años (%)	Antecedentes familiares N° (%)	Antecedentes personales N° (%)	Patología de ingreso N° (%)
≤ 19	Hipertensión	Hipertensión	HIE
81 (19,24)	121 (28,74)	47 (11,16)	59 (14,01)
20-24	Diabetes e HAC	HIE	HIE, HAC
118 (28,03)	51 (12,11)	36 (8,55)	13 (3,09)
25-29	Diabetes	Diabetes	HAC
89 (21,14)	49 (11,64)	20 (4,75)	35 (8,31)
30-34	Cardiopatía	Abortos	DPP
67 (15,91)	13 (3,09)	5 (1,19)	32 (7,60)
35-39	Otros	Otros	PP
51 (12,11)	21 (4,99)	22 (4,23)	23 (5,46)
40 y más	Sin	Sin	APP
15 (3,56)	116 (39,43)	291 (69,12)	40 (9,50)
			RPM
			22 (5,23)
			Otros
			76 (18,05)
			Sin
			121 (28,74)

HAC: hipertensión arterial crónica.

HIE: hipertensión inducida por el embarazo.

DPP: desprendimiento prematuro de placenta.

PP: placenta previa.

APP: amenaza de parto prematuro.

RPM: rotura prematura de membranas.

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD PERINATAL

El Cuadro 3 presenta aspectos fetales. Los mortinatos masculinos fueron los más frecuentes con 54,49% (212/389), y peso menor de 2 500 g con 69,54% (274/394), siendo la talla menor 50 cm 65,32% (275/394).

Los factores directos y desencadenantes de la muerte fetal se detectaron en 265 casos de los 421 (62,95%), desconocidos en 156 (37,05%), se resumen en el Cuadro 4. El factor directo conocido predominante fue la insuficiencia placentaria 45,28%

(120/265), desencadenada en particular por la HIE 55,83% (67/120) y la HAC 28,33% (34/120); seguida por la patología hemorrágica 38,87% (103/265), desencadenada especialmente por el desprendimiento prematuro de placenta (DPP) 65,05% (67/103), placenta previa (PP) 32,04% (33/103); luego la patología del cordón 11,70% (31/265) desencadenada predominantemente por la circular ajustada 70,97% (22/31).

Cuadro 2
Estado obstétrico

Control prenatal	Gestaciones	Edad de gestación (Semanas)	Tipo de parto
Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
No	I	≤ 36	Normal
203 (48,22)	117 (27,79)	265 (62,95)	326 (77,73)
Si	II-IV	37-41	Cesárea
128 (30,40)	263 (62,47)	119 (28,27)	93 (22,09)
Ignora	VIII y más	≥ 42	Fórceps
90 (21,38)	40 (9,50)	19 (4,51)	2 (0,48)
	Ignora	Incierta	
	1 (0,24)	18 (4,28)	

Cuadro 3
Resultado obstétrico

Sexo	Peso (g)	Talla (cm)
Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
Masculino	≤ 2 500	≤ 39
212 (54,49)	274 (69,54)	118 (29,94)
Femenino	2 051-3 000	40-44
177 (45,50)	41 (10,40)	72 (18,27)
Desconocido	3 001-3 500	45-49
32	51 (12,94)	85 (21,57)
	3 501-4 000	50-54
	22 (5,58)	102 (25,88)
	4 001-4 500	55-59
	6 (1,52)	17 (4,31)
	Desconocido	Desconocido
	27	27

Cuadro 4

Factores de mortalidad

Factor directo conocido	Insuficiencia placentaria	Patología hemorrágica	Patología del cordón	Patología metabólica	Malformación congénita
Nº 265	120 (45,28)	103 (38,87)	31 (11,70)	8 (3,03)	3 (1,13)
Factor desencadenante	HIE	DPP	Circular	Diabetes	Desconocido
	67 (55,83)	67 (65,05)	22 (70,97)	8 (100)	3 (100)
	HAC	PP	Procidencia		
	34 (28,33)	33 (32,04)	6 (19,35)		
Nº (%)	ECP	RU	Nudo		
	19 (15,83)	3 (2,91)	3 (9,68)		

RU= rotura uterina.

ECP= embarazo cronológicamente prolongado.

DISCUSIÓN

La mortalidad perinatal ha sido el componente más difícil de disminuir de la mortalidad infantil, y ello es un verdadero reto al médico pues está altamente influenciada por factores extraños al sector salud.

De hecho, el concepto de mortalidad perinatal combina la mortalidad fetal con la neonatal, fundamentándose en que las causas de muerte fetal tardía y neonatal precoz tienen ciertas analogías, y que muchas muertes neonatales tienen su asiento antes del parto o durante el mismo.

Este trabajo lo hemos dedicado al análisis de la mortalidad fetal dado el incremento de la mortalidad perinatal detectada en trabajo previo reciente (4), cuestión que nos alarma pues habíamos tenido resultados alentadores al estudiar el período 1975-1986 (5).

En nuestro país el conocimiento de la mortalidad fetal es de fecha relativa reciente, el certificado de muerte fetal de carácter obligatorio se implementó en 1959 en el área de natalidad; a la fecha son diversos los autores venezolanos que le han dedicado su atención (6-11), nosotros en dos oportunidades hemos analizado esta mortalidad fetal (5,12).

En relación a la incidencia de mortalidad fetal en este trabajo para el período 1993-1997 fue 22,28 por mil nacidos vivos, la cual es cercana a lo encontrado en el lapso 1975-1986 con 26,45 por mil (5), pero esta aparente similitud es relativa, porque el estudio analítico anual (5) y de tendencias (4) revela que hay incremento de la mortalidad fetal y neonatal a partir de 1984 a fecha actual; en Caracas pacientes de la Maternidad "Concepción Palacios" (MCP) y trabajo de Agüero y col. (6), reportan en 1975 incidencias de 20,3 por mil, Zapata y col. (10), en 1989 cifra de 24 por mil, y Segarra y col. (11), en 1982 incidencia de 26,84 por mil, con tendencia al incremento. En Valencia, Hospital Central, Arcay y col. (9), en 1985 reportan 26,8 por mil; pero Uzcátegui y col. (7) en el Hospital "José Gregorio Hernández de Caracas 1976 publican cifras muy inferiores de 9,09 por mil.

En cuanto a las características maternas las muertes fetales dominaron en el grupo de 24 años y menos con 47,27%, similar al estudio previo con 40,82% (5) y la de otros autores (6,10,11), los antecedentes familiares y personales son la hipertensión arterial y diabetes con 52,49% y 24,9% respectivamente, en ello también coincidimos con la publicación anterior del período 1975-1986 (5);

estos hallazgos son congruentes con los reportes de otros autores venezolanos (6,10,11); en la patología de ingreso continúa siendo la hipertensiva la determinante acompañada por hemorragias del II-III trimestre (DPP y PP), repitiéndose lo referido (5,6,10-12).

Otras características como la ausencia de control prenatal fue de 48,22%; Segarra y col. (11) señalan 35% y nosotros 16,33% (5); las multigestas mayores de 2 predominaron con 62,47%, coincidiendo con reporte previo (5) y otros (6,10,11). En relación al parto vaginal, edad de gestación igual o inferior a 36 semanas y predominio del sexo masculino, semeja a otro estudio (5) y Segarra y col. (11).

Debemos hacer énfasis que de las 421 historias revisadas, en 265 (62,95%) se encontraron factores directos y desencadenantes de muertes fetales, no así en 156 (37,05%). En este trabajo como factor directo de muerte fetal encontramos, como primer término, la insuficiencia placentaria con 45,28% desencadenada en particular por la HIE y HAC, en trabajo previo reportamos la insuficiencia placentaria con cifras próximas de 56,25% (5); en la MCP los hallazgos son similares (6,10,11). En segundo término como factor directo las patologías hemorrágicas (DPP y PP), contribuyeron con el 38,87%, en el trabajo previo participó con el 25% (5); en la MCP también ocupa este segundo lugar (6,10,11). En el tercer lugar las patologías del cordón (circular, procidencia y nudo) aportaron el 11,70% en análisis anterior (5), el hallazgo fue de 18,75%.

Al concluir este trabajo queremos referir que sin lugar a duda hemos encontrado una incidencia alta de mortalidad fetal, con características maternas, y factores directos y desencadenantes semejantes a lo previamente reportado (5).

Pero, ¿Por qué se ha incrementado la mortalidad fetal? Creemos que la respuesta básica está en un trabajo reciente donde estudiamos la relación entre mortalidad perinatal y consulta prenatal (13); éste señala que ha sucedido un descenso del cuidado prenatal en los últimos años, no sólo en cantidad sino en calidad, motivada por diversas razones socio-económicas y políticas (14), lo que muestra que cada vez que disminuyen las consultas sanitarias prenatales se eleva la mortalidad perinatal, con sus dos componentes fetal y neonatal.

En consecuencia, la gran acción de lucha contra la mortalidad fetal en ascenso es un programa integral de mejoría de calidad de vida del venezolano, con mejor educación y servicios de salud, una

captación precoz de las gestantes, identificación y mejor manejo de las patologías asociadas a riesgo de daño perinatal.

REFERENCIAS

1. UNICEF. El progreso de las naciones. Nueva York: 1996.
2. Focus. The poorest of the poor. *Int J Gynaecol Obstet* 1990;32:287-290.
3. Decisions of the XII General Assembly of FIGO (FIGO news). *Int J Gynaecol Obstet* 1989;28:79-84.
4. Faneite P. Salud reproductiva obstétrica. Tendencia 1969-1996. II Mortalidad materna y perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1997;57:151-156.
5. 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.
6. Agüero O, Aller J, Cárdenas L. Análisis de 1 000 natimueertos. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1975;35:387-393.
7. Uzcátegui O, Angulo L, Toro J, Urdaneta C. Mortalidad perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1976;34:529-534.
8. Granadillo C de, Neuman M, Ortiz M de, Alezard L. Incidencia de enfermedades genéticas y malformaciones congénitas en 5 134 historias de autopsias de recién nacidos y mortinatos. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1981;41:15-22.
9. Arcay Mendoza G, Sosa Olvarría A, Guinand O, Cordero R, Herrera Malpica J. Morbi-mortalidad perinatal en el Hospital Central de Valencia. Decenio 1974-1983. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1985;45:187-195.
10. Zapata L, León M E, López Y. Análisis de 1 000 fetos muertos. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1989;49:27-30.
11. Segarra V, Kabalan M, Sirit O, Orellana C, Pimentel J, Fleitas F. Mortalidad fetal: incidencias y causas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1992;52:153-156.
12. Faneite P. Análisis crítico de la mortalidad perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1986;46:83-92.
13. Faneite P. Relación entre mortalidad perinatal y consulta prenatal. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 1969-1996. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1998;58:1-3.
14. Díaz Bruzual A. Venezuela país rico con una población pobre. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1994;54:179-186.

“¿Hay una causa inmunológica para las pérdidas repetidas del embarazo?”

“El peso de la evidencia indica que hay significantes factores inmunológicos en las pérdidas de embarazos. Hay evidencias de que los tratamientos inmunológicos pueden ser clínicamente eficaces. Sin embargo, actualmente estos tratamientos son de investigación porque no sabemos cómo elegir aquellos pacientes que son adecuados para el tratamiento, no sabemos cuál tratamiento es óptimo, y hay potencial para efectos colaterales cuyas implicaciones totales no son enteramente entendidas. Aun cuando la discusión en este capítulo se ha enfocado en las pérdidas del embarazo, es importante mencionar que otras complicaciones del mismo,

tales como la preeclampsia y el retardo del crecimiento intrauterino pueden ser inmunológicamente prevenibles. El campo para un mejor cuidado clínico es, por tanto, considerable. No obstante, estamos en una era de recortes del apoyo financiero para la investigación y, sin dinero para hacer los necesarios estudios, tanto clínicos como básicos, no podemos esperar un rápido progreso en el desarrollo y diseminación de nuevas tecnologías. En realidad, debemos condicionarnos para esperar que permaneceremos en una nueva Edad Media en el futuro previsible” (Clark DA, Coulam CB. En: Rock JA, editor. *Adv Obstet Gynecol*. St. Louis: Mosby; 1996.p.321-343.