

Análisis de la mortalidad perinatal (1993-1997)

II Mortalidad neonatal

Drs. Pedro Faneite, Reina Rivero, Asmiriam Montilla, Luis Ojeda, Armando Galíndez, Josmery Faneite

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Edo. Carabobo, Venezuela

RESUMEN

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

Materia: Estudio descriptivo analítico de 411 historias maternas y 401 de muertes neonatales sucedidas entre 1993-1997.

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

Resultados: La mortalidad perinatal para el período fue de 45,46 por mil nacidos, y la mortalidad neonatal 23,11.

Las muertes predominaron en las edades 24 años y menos (58,15%) con antecedentes familiares de hipertensión y diabetes en 52,55%, antecedentes personales hipertensión arterial y diabetes 20,69%; la patología de ingreso determinante: amenaza de parto prematuro 27,49% y patología hipertensiva 20,68%. Sin control prenatal hubo 58,51% de casos, III-VII gesta 61,07%, edad menor a 37 semanas 64,17%, con partos vaginales 69,83%. La mayoría fueron fetos masculinos (57,18%) peso menor de 2 500 g (74,45%) talla menor de 50 cm (80,78%). Índice Apgar < 7 al minuto 88,77%, autopsia en 0,98%.

Como factor de muerte condicionante dominó la prematuridad con 70,82% (284/401), y como factor directo la insuficiencia respiratoria 57,36% (230/401) y la sepsis 16,96% (68/401).

Conclusión: Los resultados indican la necesidad de aumentar la cobertura de control prenatal, mejor manejo de la prematuridad y patología hipertensiva, así como la atención del neonato prematuro y estudios de autopsia.

Palabras clave: Mortalidad perinatal. Mortalidad neonatal. Análisis.

SUMMARY

Objective: To know the incidence of the neonatal mortality, maternal characteristics, obstetric conditions, and associate factors.

Method: Descriptive and analytic study of 411 maternal records and 401 neonatal 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 newborns lives with a neonatal mortality of 23.11. The dominant ages were 24 years or less 58.15%, family history arterial hypertension and diabetes 52.55%, personal history arterial hypertension and diabetes 20.69%; the admission pathologies were preterm labor 27.49% and hypertensive pathologies 20.68%. No prenatal care 58.51%, II-VII gestations 61.07% with gestational term ranged 36 weeks or less 64.17%, vaginal delivery 69.83%. Male sex 57.18%, with neonatal weight 2 500 g or less 74.45%, neonatal length 49 cm or less 80.78%, Apgar score < 7 a minute 88.77%, autopsy 0.98%. The principal dependent factor was the prematurity 70.82% (284-401), and direct factor known of neonatal deaths in 401 cases was respiratory distress 57.36% (230-401) and sepsis 16.96% (68/401).

Conclusion: These results show the need to increase the prenatal care, better attention to prematurity and hypertensive pathologies, and intensive care at premature infant, with autopsy study.

Key words: Neonatal mortality. Analysis.

INTRODUCCIÓN

Para estudiar de una manera global e integral la problemática perinatal y buscar verdaderas solu-

ciones, es necesario verla desde un amplio ángulo, el cual debe abarcar sectores demográficos, tecnológicos, fisiopatológicos, epidemiológicos y salud pública.

Recibido: 04-11-99

Aceptado para publicación: 20-02-00

A partir de la Segunda Guerra Mundial la mortalidad infantil inició un descenso importante en la mayoría de los países; sin embargo, dentro de ella la mortalidad perinatal ha sufrido pocas variaciones, en especial en las zonas subdesarrolladas, donde incluso tiende a aumentar; sus dos componentes son difíciles de atacar, la mortalidad fetal y neonatal, son calificados como mortalidad dura (1,2).

A la obstetricia, perinatología y neonatología se le atribuye parte de esa cuota de responsabilidad vital, sin que con esto se desconozcan las influencias que tienen las condiciones socioeconómicas de las poblaciones, la participación comunitaria, programas de salud y acción gubernamental (3).

Esto es tan cierto que en revisión reciente, que evalúa la mortalidad perinatal en nuestra región hemos detectado tasas elevadas que se mantienen y con tendencia al incremento (4). Eso nos obligó a un análisis más profundo de esta terrible realidad, y en trabajo previo hemos realizado estudio exhaustivo del componente fetal de la mortalidad perinatal (5).

De todos los períodos de la vida, el que ofrece mayor riesgo es el primer año (mortalidad infantil), y dentro de ella el primer mes es el más importante (mortalidad neonatal).

En esta oportunidad completamos esta línea de investigación al analizar un indicador vital en salud reproductiva y complemento de la mortalidad perinatal: mortalidad neonatal.

MATERIAL Y MÉTODO

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

Durante el período ocurrieron 474 muertes neonatales. Se pudieron analizar 411 historias maternas (86,71%), de las que se obtuvo las características (edad, antecedentes familiares, antecedentes personales y patologías de ingreso), estado obstétrico (control prenatal, gestaciones, edad de gestación y tipo de parto), resultado obstétrico (sexo fetal, peso y talla) y, finalmente, 411 historias neonatales 97,57% (401/411) permitieron el estudio de factores condicionantes y directos de la muerte neonatal.

Estas variables son resumidas en cuadros estadísticos de distribución de frecuencia, sometidos al análisis estadístico correspondiente.

RESULTADOS

Durante el lapso estudiado hubo 20 503 nacimientos, con 457 muertes fetales y 474 neonatales, que revelan 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 411 muertes neonatales se resumen en el Cuadro 1. Podemos observar que predominaron: edad materna de 24 años y menos con 58,15%, los antecedentes familiares hipertensión arterial y diabetes 52,55%, antecedentes personales patología hipertensiva y diabetes 20,69%, y en patologías de ingreso la amenaza de parto prematuro 27,49% y patología hipertensiva 20,68%.

Cuadro 1

Características maternas

Edad	Antecedentes familiares	Antecedentes personales	Patología de ingreso
Años (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)
≤ 19	Hipertensión	Hipertensión	APP
107 (26,03)	125 (30,41)	54 (13,14)	113 (27,49)
20-24	Diabetes e HA	HIE	Hipertensiva
132 (32,12)	48 (11,68)	17 (4,14)	85 (20,68)
25-29	Diabetes	Diabetes	RPM
83 (20,19)	43 (10,46)	14 (3,41)	62 (15,09)
30-34	Cardiopatía	Abortos	ECP
54 (13,14)	2 (0,49)	5 (1,22)	20 (4,87)
35-39	Otros	Otros	DPP
27 (6,57)	10 (2,44)	10 (2,43)	17 (4,14)
40 y más	Sin	Sin	PP
8 (1,95)	183 (44,53)	307 (74,70)	16 (3,89)
			Otros
			44 (10,71)
			Sin
			54 (13,14)

APP: Amenaza de parto prematuro. ECP: Embarazo cronológico prolongado. PP: Placenta previa.

En el Cuadro 2 se muestra el estado obstétrico. El control prenatal no se realizó en el 58,51%, predominaron las III-VII gestas 61,07%, con edad de gestación menor de 37 semanas 64,17%, y parto vaginal en 69,83%.

En el Cuadro 3 se presenta el resultado obstétrico. Los mortinatos masculinos fueron los más frecuentes con 57,18%, peso menor de 2 500 g con 74,75%, talla menor de 50 cm 80,78%, el índice Apgar < 7 al minuto 88,77%. Se realizó autopsia en el 0,98%.

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD PERINATAL

Cuadro 2

Estado obstétrico

Control prenatal N° (%)	Gestaciones N° (%)	Edad de gestación (Semanas) N° (%)	Tipo de parto N° (%)
Ninguno 196 (58,51)	I 134 (32,60)	≤ 36 240 (64,17)	Normal 287 (69,83)
Si 139 (41,49)	II-VII 251 (61,07)	37-41 114 (30,48)	Cesárea 122 (29,68)
Ignora 76	VIII y más 26 (6,33)	≥ 42 20 (5,35)	Fórceps 2 (0,49)
		Incierta 37	

Cuadro 3

Resultado obstétrico

Sexo N° (%)	Peso (g) N° (%)	Talla (cm) N° (%)	Índice Apgar (1 min) N° (%)
Masculino 235 (57,18)	≤ 2 500 306 (74,45)	≤ 39 137 (33,33)	1-3 169 (42,14)
Femenino 176 (42,82)	2 051-3 000 49 (11,92)	40-44 104 (25,30)	4-7 187 (46,63)
	3 001-3500 27 (6,57)	45-49 91 (22,15)	8-10 45 (11,22)
	3 501-4 000 24 (5,84)	50-54 63 (15,33)	No registrado 10
	4 001-4 500 5 (1,22)	55-59 16 (3,89)	

Se lograron detectar los factores directos de la muerte fetal en 401 casos (Cuadro 4). El factor directo conocido predominante fue la insuficiencia respiratoria 57,36% (230/401), sepsis 16,96% (68/401), asfixia 16,96% (68/401), malformación 7,98% (32/401).

El factor condicionante fundamental fue la prematuridad con 70,82% (284 casos).

Cuadro 4

Factores de mortalidad

Factor directo conocido	N°	%
Insuficiencia respiratoria	230	57,36
Asfixia	68	16,96
Sepsis	68	16,96
Malformación	32	7,98
Hemorragia digestiva	3	0,75
Total	401	

DISCUSIÓN

La muerte acecha desde el momento en que se nace, más aún antes de nacer. Esto es una realidad y no sólo debe verse al niño bajo el enfoque de la protección materno-infantil, sino con criterios humanos donde los recursos en salud y educación deben ser usados para tomar acciones concretas como paso previo para fijar objetivos prioritarios en salud pública.

La situación infantil mundial revela que diariamente mueren 45 000 niños menores de 5 años, un millón mensual en países del tercer mundo. De 1985 al año 2000, pueden haber sucedido 10 millones de muertes infantiles evitables. El riesgo de muerte infantil antes del año en EE.UU. es de 1 de 50 y para Latinoamérica 1 de 10 (6,7).

A partir del decenio de 1970 la mortalidad infantil inició un descenso en Latinoamérica que osciló entre 2% a 8%, según el país, pero a inicios de 1980 se dio la seria recesión económica que hizo pensar que estos logros podrían verse comprometidos (8-10). Ello representa una mortalidad infantil tres veces más alta que América del Norte, pero es más baja que África y Asia; los primeros países en alcanzar cifra debajo de 20 por mil nacidos vivos fueron Costa Rica y Cuba (8).

Es difícil para nuestros países obtener datos confiables y estimar mortalidad materno-infantil, dado que hay un sub-registro en los nacimientos y muertes; sin embargo, son cifras referenciales y las cuales nos debe servir de apoyo para orientar acciones.

Al estudiar la mortalidad perinatal en nuestra región encontramos cifras promedio elevadas con tasa de 45,46 por mil en 1993-1997, con tendencia al incremento (5); su componente fetal fue 22,98 y neonatal 23,11. Estas temibles cifras están acorde con lo que está sucediendo en países vecinos (11,12).

Como podemos notar el riesgo de morir en el período neonatal sigue siendo un problema no resuelto. De los resultados del presente trabajo de la mortalidad neonatal podemos destacar que las características maternas resaltantes son: gestantes jóvenes, multigestas con antecedentes familiares y personales de hipertensión y la diabetes, deficiente control prenatal en general; esto fue similar a los hallazgos de otra publicación analítica de las muertes fetales estudiadas en el mismo período de 1993-1997 (5).

En relación al motivo de ingreso destacó la amenaza del parto prematuro (27,49%) y las patologías hipertensivas (20,68%), y como consecuencia de ellas pudimos evidenciar que la forma más usual de finalizar el embarazo fue el parto pretérmino (64,17%), peso menor a 2 500g (74,45%), con depresión neonatal (88,77%). Esto sin duda alguna señala el énfasis que debemos prestarle a la prematuridad. Entendemos que esto es un reto, pues en los países en desarrollo se ha convertido en la primera causa de muerte neonatal (13).

Del análisis de los factores de mortalidad neonatal, es de señalar que el factor condicionante fue la prematuridad (70,82%), lo cual ha sido reiteradamente señalado por diversos autores (14,15), y entre los factores directos destacó la insuficiencia respiratoria (57,36%) y la sepsis (16,96%); en esto también coincidimos con otras referencias (16,17). Nos preocupa que sólo al 0,98% de los casos se le realizó autopsia, a pesar de que los médicos la solicitan con frecuencia, pero el retardo en su realización, presión familiar, falsos principios, sentimientos paternos, etc., entorpecen su ejecución. Ello limita la profundidad de los diagnósticos.

Ante estas circunstancias nos atrevemos a recomendar que una vez más se evidencia la necesidad de la aproximación entre obstetras, pediatras y perinatólogos.

Es necesario enfrentar mediante un programa nacional y regional la compleja problemática de la prematuridad, la que está relacionada con las condiciones socioeconómicas y de educación, patologías difíciles de identificar y manejar, como la amenaza del parto pretérmino y patologías hipertensivas, falta de estímulo a la consulta prenatal, necesidad de establecimiento de sistemas referenciales de embarazos de alto riesgo a centros bien dotados con personal bien entrenado y recursos para la atención de la madre y su neonato.

REFERENCIAS

1. The prevention of perinatal morbidity and mortality. Public Health Papers 42, WHO, Geneva, 1972.
2. Schwarcz R, Díaz G. Algunos aspectos asociados con la mortalidad materna y perinatal en las Américas. Publ Cient N° 1255, CLAP, Montevideo, 1992.
3. Bruzual A. Venezuela país rico con población pobre. Rev Obstet Ginecol Venez 1994;34:179-186.
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, Galíndez J, Ojeda L, Montilla A, Rivero R, Orozco F. Análisis de la mortalidad perinatal (1993-1997). I Mortalidad fetal. Rev Obstet Ginecol Venez 1999;59(4):245-249.
6. Madres y niños más sanos mediante la planificación familiar. Population Reports. Serie J, N° 27, Baltimore, EE.UU. 1985.
7. La planificación familiar puede salvar vidas, IPPF/RHO, New York, 1989.
8. Suárez E, Yunes J. Estrategia de atención primaria y mortalidad del niño en las Américas, 1970-1980. En: Salud Materno-infantil y atención primaria en las Américas. Publ Cient 461, OPS, Washington, 1984.
9. Boletín de Población de la ONU, New York 1984.p.14-82.
10. Díaz A, Schwarcz R. Mortalidad materno-infantil en las Américas y el enfoque de riesgo. Publ Cient CLAP, N° 1149, Montevideo, 1987.
11. Mugrove P. The economic crisis and impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. Int J Health Serv 1987;17:411-441.
12. Montoya-Aguilar C, Marchant-Cavieres L. The effect of economic changes on health care and health in Chile. Int J Health Plann Manage 1994;9:279-294.
13. Berkowitz G, Papiernik E. Epidemiology of preterm birth. Epidemiol Rev 1993;15:414-443.
14. Increasing incidence of low birth weight, United States, 1981-1991. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1994;43:335-339.
15. Creasy R. Preterm birth: Where are we? Am J Obstet Gynecol 1993;168:1223-1230.
16. Arcay G. Síndrome de insuficiencia respiratoria en el recién nacido. Estudio de 102 casos. Valencia, Venezuela: Ediciones de la Dirección de Cultura de la Universidad de Carabobo; 1969.
17. Gibb R, Romero R, Hillier S, Eschenbach B, Sweet R. A review of premature birth and subclinical infection. Am J Obstet Gynecol 1992;167:1515-1528.