

# Relación entre mortalidad perinatal y consulta prenatal Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” 1997-2006

Drs. Pedro Faneite, Clara Rivera, Josmery Faneite

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre la tasa de mortalidad perinatal y el número de consultas prenatales en el centro hospitalario.

**Métodos:** Estudio epidemiológico, retrospectivo, descriptivo de las tasas de mortalidad perinatal II y el número de consultas prenatales durante el período 1997-2006.

**Ambiente:** Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello.

**Resultados:** En el bienio 1997-1998 hubo elevadas tasas de mortalidad perinatal (41,51 y 48,18 por 1 000 nacimientos), lo que se acompañó de un bajo número de consulta prenatal (536 y 1 183). El bienio 1999-2000, la mortalidad descendió (39,71 y 34,72), seguida de un aumento de las consultas (2 576 y 2 149). El bienio 2001-2002, la mortalidad perinatal se elevó de nuevo (44,93 y 40,89), luego de una caída importante de las consultas (2 240 y 246). En el bienio 2003-2004 la mortalidad bajó levemente (43,8- 40,37) luego de incremento moderado de la consulta (2 243 - 3 680) y; finalmente durante 2005 la mortalidad ascendió (42,24) y la consulta bajó, y contrariamente al 2006 la mortalidad descendió (29,41) y la consulta subió (2 124).

**Conclusión:** La mortalidad perinatal se relacionó inversamente con el número de consultas prenatales, elevándose o descendiendo casi al unísono. Esto obliga e indica una mejoría de la atención prenatal.

**Palabras clave:** Mortalidad perinatal. Consulta prenatal.

## SUMMARY

**Objective:** To determine the relation between the perinatal mortality rate and prenatal consultation number at the hospital center.

**Methods:** Epidemiological, retrospective and descriptive study of the rates of perinatal mortality II and prenatal consultation number during lapse 1997-2006.

**Setting:** Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello.

**Results:** In biennium 1997 - 1998 there were elevated rates of perinatal mortality (41.51 and 48.18 by 1 000 births), with low prenatal consultation number (536 and 1 183). Biennium 1999-2000, mortality descended (39.71 and 34.72), followed by an increase of the consultations (2 576 and 2 149). Biennium 2001-2002, perinatal mortality rised again (44.93 and 40.89), after important reduction of consultation's number (2 240 and 246). In the biennium 2003-2004 mortality slightly descended (43.8 - 40.37) after moderate increase consultation number (2 243 - 3 680); and finally during 2005 mortality increased (42.24 %) and the consultation descended (2005), and contrary to 2006 the mortality lowed (29.41) and the consultation raised (2 124).

**Conclusion:** Perinatal mortality showed relation inversely with number of prenatal consultations, increasing almost at the same time. This forces and indicates a better prenatal attention.

**Key words.** Perinatal mortality. Prenatal consultation.

## INTRODUCCIÓN

La mortalidad perinatal se acepta como indicador que señala eficiencia en la atención que se le brinda a la mujer embarazada, se expresa mediante tasas (1,2), además refleja el estado del sistema educativo, social, salud pública, estado nutricional, atención al parto, neonatología y del desarrollo socioeconómico. Se usa en estadísticas y en las comparaciones internacionales.

La salud perinatal además de lo antes referido se entrelaza íntimamente con facetas culturales, genéticas, económicas y ambientales, pero quizá sea la salud integral de la madre iniciada desde la preconcepción y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, las acciones factibles de ejecutar y mejor impacto que tenemos contra las tasas de mortalidad

perinatal. Es por esto que los indicadores específicos para evaluar los programas orientados a su reducción apuntan hacia el mejoramiento de los programas de planificación familiar, nutrición, control prenatal y parto (3-6).

Se tiene el concepto de que el control prenatal puede reducir la morbimortalidad materna y perinatal, a través de la identificación y tratamiento de enfermedades propias de la gestación, o enfermedades intercurrentes, además de la detección de pacientes con riesgos a padecer complicaciones durante el parto, todo en el entendido que deben ser atendidas por un personal capacitado y con los recursos técnicos adecuados para resolver estas necesidades (7).

En 1996, la Organización Mundial de la Salud estimó que se producían más de 7,6 millones de muertes perinatales en todo el mundo (8). Durante las últimas tres décadas el número de niños que mueren durante el primer año de vida ha disminuido de manera sustancial en la mayoría de los países, sin embargo, la tasa de mortalidad perinatal ha permanecido prácticamente sin cambios (9). Al igual que las muertes maternas, la mortalidad perinatal ocurre en un 98 % en países en vías de desarrollo, con una tasa cercana a 57 por mil nacidos vivos, en comparación con 11 por mil nacidos para los países industrializados (10).

En esta localidad hemos evaluado la mortalidad perinatal en varias oportunidades (11-13), siempre se han encontrado cifras preocupantes. En una publicación previa estudiamos la relación entre ambas variables durante el período 1969-1996 (14), revelando aspectos de reciprocidad. En esta oportunidad vamos a continuar esta línea de investigación abarcando los últimos diez años de asistencia obstétrica. El objetivo fue determinar la relación entre la tasa de mortalidad perinatal y el número de consultas prenatales en el centro hospitalario.

## MÉTODOS

Es un estudio epidemiológico, retrospectivo, descriptivo de las tasas de mortalidad perinatal II y el número de consultas prenatales realizadas durante el período 1997-2006.

En el departamento de historia médicas del hospital anteriormente se recabaron las variables en estudio: consulta prenatal y mortalidad perinatal II. Estos datos fueron compilados en formulario anualizado desde 1997 a 2006.

Los resultados son presentados en cuadros estadísticos del tipo serie cronológica, expresados en cifras absolutas y relativas mediante tasas.

Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson y la línea de tendencia logarítmica. En los cálculos empleamos una computadora con el paquete estadístico de Microsoft Windows Excel 2003®.

## RESULTADOS

La relación de variables es resumida en el Cuadro 1 y Figura 1 estadístico del tipo serie cronológica, empleándose el número de consultas anuales y la tasa de mortalidad II por 1 000 nacimientos (muerte fetal desde las 22 semanas de gestación, más muerte neonatal hasta los 28 días de nacido, dividido entre nacimientos anual, y el resultado es multiplicado por mil).

Cuadro 1  
Mortalidad perinatal y consulta prenatal

Años	No. Consulta prenatal	Tasa mortalidad x 1000 nv
1997	536	41,51
1998	1133	48,18
1999	2576	39,71
2000	2149	34,72
2001	2240	44,93
2002	246	40,89
2003	2243	43,80
2004	3680	40,37
2005	2005	42,24
2006	2124	29,41
Total	18932	*40,57

\*Promedio

En el bienio 1997-1998 hubo elevadas tasas de mortalidad perinatal (41,51 y 48,18 por 1 000 nacimientos), lo que se acompañó con un bajo número de consulta prenatal (536 y 1 183). Durante el bienio 1999-2000, la mortalidad descendió (39,71 y 34,72), seguida de un aumento de las consultas (2 576 y 2 149). Para el bienio 2001-2002, la mortalidad perinatal se elevó de nuevo (44,93 y 40,89 por 1 000 nacidos vivos), luego de una caída importante de las consultas (2 240 y 246). En el bienio 2003-2004 la mortalidad descendió levemente (43,8- 40,37) luego de producirse un incremento moderado de la consulta (2 243-3 680). Finalmente durante 2005 la mortalidad ascendió (42,24 por

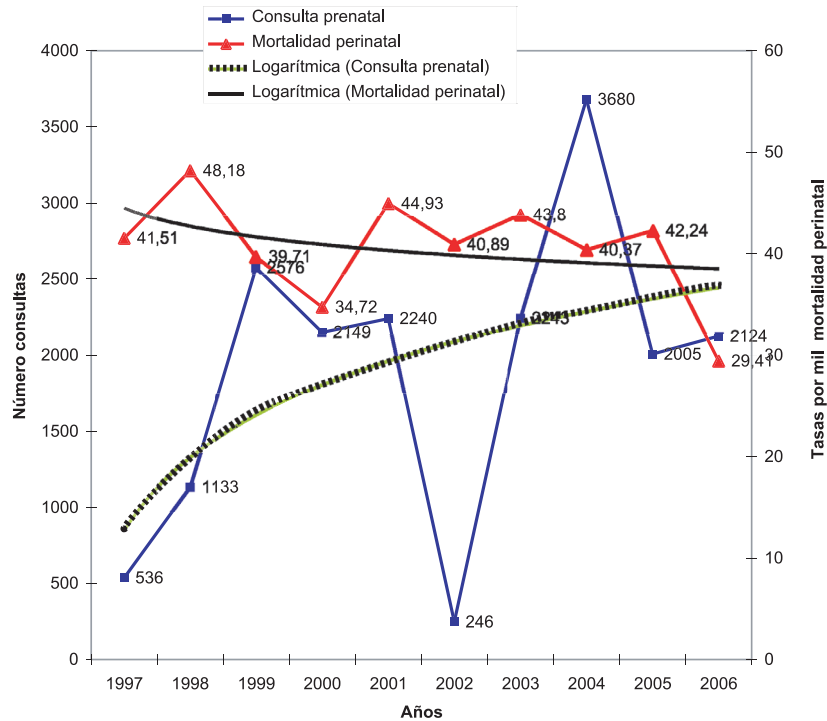


Figura 1. Relación mortalidad perinatal y consulta prenatal

1 000 nacidos vivos) y la consulta bajó (2005), y contrariamente en 2006 y la mortalidad descendió (29,41 por 1 000 nacidos vivos) y la consulta subió (2 124). La mortalidad perinatal y la consulta prenatal tienen un coeficiente de correlación Pearson -0,20, sus líneas de tendencia muestran evolución contraria o inversa.

## DISCUSIÓN

El término maternidad segura ha ganado un puesto sólido en la medicina perinatal y en el ambiente de los derechos sexuales y reproductivos, ella lleva implícito la capacidad que tiene cada madre de engendrar un niño en condiciones saludables. Además incluye la facilidad de acceso a los servicios de salud, vigilancia materna, atención y tratamientos antes las emergencias y disponibilidad a los servicios de salud reproductiva (10,15). Este tipo de atención dirigida a una maternidad segura ha guiado los programas de asistencia de las embarazadas en muchos países en el marco de la salud reproductiva.

En este trabajo hemos relacionado dos indicadores vitales: mortalidad perinatal y consulta

prenatal, ellas son medidas que resumen una situación muy específica, que al compararlos o confrontarlos con estándares conocidos o cifras previas, nos permiten evaluar si hay variación o diferencias entre ambos períodos, y a fin de cuentas, establecen un perfil de salud de la comunidad, y en particular de lo relacionado con la salud materno-perinatal.

Este trabajo de diez años, completa 38 años de vigilancia y seguimiento del comportamiento de la mortalidad perinatal y consulta prenatal en un hospital regional de referencia. Hemos encontrado una interdependencia negativa entre ambas variables. Durante los cuatro primeros bienios cuando subió la mortalidad perinatal es porque bajó el número anual de consultas prenatales. Al final del período estudiado, años 2005 y 2006, la situación se visualizó como imagen de espejo, mientras una subió la otra bajó y viceversa. Esta acción antagónica entre estos indicadores se demuestra con los resultados negativos del coeficiente de correlación, y es evidente al graficar las líneas de tendencia, las cuales se alejan de manera divergente. Estos fueron similares a los reportados en el trabajo previo que abarcó los años 1969 a 1996 (14).

Al valorar las cifras de mortalidad perinatal en nuestro hospital, se consideran altas, con algunas variaciones anuales, todo lo cual está interrelacionado a múltiples factores. Para nadie es desconocido las condiciones socioeconómicas de nuestros pacientes (16,17) y la situación de déficit en los hospitales. Por otro lado, observamos una reducción importante en el número total de consultas anuales; estos eventos cíclicos están relacionados con la interrupción en la asistencia médica hospitalaria, que no sólo incluye la suspensión de la consulta prenatal, sino también de los servicios auxiliares, como: laboratorio, rayos X, anatomía patológica, banco de sangre, nutricionista, etc. Esta situación está relacionada con huelgas médicas en demanda de mejoras en los servicios médicos, y en particular en trabajos de infraestructura inconclusos. Esta realidad fue reseñada en la publicación previa (14), y de nuevo nos vemos en la necesidad de referirla.

El papel sustancial que juega la consulta prenatal en la prevención de patologías perinatales ha sido reseñada por diversos autores en la literatura internacional (18,19). Por otra parte, se ha insistido en la conveniencia de la instauración de programas basados en una exitosa consulta prenatal para disminuir las altas tasas de mortalidad perinatal (20-28), y en su contraparte, hay trabajos que señalan que una deficiente atención prenatal conlleva a una elevada mortalidad perinatal y contribuye al efecto deletéreo de patologías perinatales (28-35).

Cada día se justifica un cambio en la atención integral a nuestra gestante, con énfasis en los cuidados preconcepcionales. Una vez establecido el embarazo se deben iniciar medidas dirigidas al hogar y su entorno, debe existir una íntima comunicación con el personal de salud y fácil acceso a los centros de salud, seguido de una atención hospitalaria eficiente. Estos eventos dan por sentado la implementación de sistemas de salud perfectamente organizados, incluyendo los niveles pertinentes, con promoción de educación sanitaria respectiva, información, comunicación y facilidad de transporte. En el fondo, facilitar el acceso a los servicios con amplia cobertura y calidad sería el gran objeto de una novedosa asistencia sanitaria para la embarazada y el futuro venezolano que tanto se lo merece. Debemos derribar las barreras al acceso, desde aquellas que nacen en el hogar con una tardía decisión de consulta, pasando por las limitaciones de transporte, las socioeconómicas, hasta las del propio sistema de salud.

## REFERENCIAS

1. Centro Latinoamericano de Perinatología. Incidencia de bajo peso al nacer y mortalidad perinatal en América Latina. *Salud Perinatal*. 1983;1:3-6.
2. Waaler H, Sterky G. ¿Cuál es el mejor indicador de la atención de salud? *Foro mundial de la salud*. 1984;5:318-321.
3. Buekens P, Hernández P, Infante C. La atención prenatal en América Latina. *Salud Pública Mex*. 1990;32:673-684.
4. Schwarcz R, Uranga A, Lomuto C, Galimberti D, Gracia O, Etcheverry M, et al. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2001. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/01-PRENATAL.pdf>
5. Enkin M, Kerise M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. *A Guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Londres: Oxford Medical Publications; 2000.
6. Lumbiganon P, Winiyakul N, Chongsomchai Ch, Chaisiri K. From research to practice: The example of antenatal care in Thailand. *Bull World Health Organ*. 2004;82:746-749.
7. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity: An overview of the evidence. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2001;15(Suppl 1):1-42.
8. World Health Organization. *Perinatal mortality: A listing of available information*. Family and reproductive health. Geneva, Switzerland: Motherhood WHO; 1996.
9. Wise PH. The anatomy of a disparity in infant mortality. *Ann Rev Public Health*. 2003;24:341-362.
10. Safe Motherhood, World Health Organization, World Bank. *Health around the world*. Geneva, Switzerland; Motherhood WHO; 1997.
11. Faneite P. Análisis crítico de la mortalidad perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1986;46:83-92.
12. 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.
13. Faneite P. Análisis quinquenal de 30 años la mortalidad perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2000;60:23-25.
14. Faneite P. Relación entre mortalidad perinatal y consulta prenatal. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 1969-1996. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1998;58:1-3.
15. Brusual A. Venezuela: país rico con una población pobre. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1994;54:179-186.
16. Faneite P. Impacto socioeconómico sobre la mortalidad perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2000;60:85-88.
17. About the safe motherhood iniciativa. *SafeMotherhood.org*. Disponible en: <http://www.safemotherhood.org/about/index.html>

18. Bortman M. Risk factors for low birthweight. *Rev Panam Salud Pública.* 1998;3:314-321.
  19. Rivera L, Fuentes M, Esquinca C, Abarca F, Hernández C. Factores asociados a mortalidad perinatal en el Hospital General de Chiapas, México. *Rev Saude Públic.* 2003;37:687-692.
  20. Ryan CM, Swsny PJ, Solala AS. Prenatal care and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 1980;137:876-881.
  21. Gutiérrez JH, Villalobos A, Contreras J. Mortalidad en el período perinatal. *Salud Pública Mex.* 1980;22:261-268.
  22. Chi IC, Agoestina T, Harbin J. Maternal mortality at twelve teaching hospitals in Indonesia an epidemiologic analysis. *Int J Gynaecol Obstet.* 1981; 9:259-266.
  23. Laurenti T, Buchalla CM. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades II. *Rev Saude Publ S Paulo.* 1985:225-232.
  24. Healy A, Malone F, Sullivan L, Porter T, Luthy D, Comstock CH, et al. Early Access to Prenatal Care: Implications for racial disparity in perinatal mortality. *Obstet Gynecol.* 2006;107:625-631.
  25. Villar J, Bergsjö P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997;76:1-14.
  26. Lindmark G, Berendes H, Meirik O. Antenatal care in developed countries. *Paediatr Perin Epidemiol.* 1998;12: 4-6.
  27. Ventzileos AM, Ananth CV. The impact of prenatal care on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high risk conditions. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:1001-1006.
  28. Prual A, Bernis L. Potencial role of prenatal care in reducing maternal and perinatal mortality in Sub-Saharan Africa. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2002;31:90-99.
  29. Moreno A. Mortalidad perinatal y materna. *Rev Col Obstet Ginecol.* 1990;41:33-38.
  30. Belizán J. Estrategias para lograr una mejoría en los resultados del control prenatal. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá.* 1996;15:7-11.
  31. Vilchi P, Gallardo J, Rivera M, Ahued Ahued J. Mortalidad perinatal: una propuesta de análisis. *Ginecol Obstet Mex.* 2002;70:(10):510-520.
  32. Aguilar B, Méndez M, Guevara AJ, Caballero LLA. Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención prenatal. *Rev Med IMSS.* 2005;43:215-220.
  33. Silva J, Cecatti J, Serrulla S. Quality of the antenatal care in Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27:103-105.
  34. Ortiz R, Beltran M. Modelo de atención prenatal de bajo riesgo. *Med UNAB.* 2005;8:102-112.
  35. Jaramillo I, Palomino A, Pasmíño de Osorio, Pinzón F. Mejoramiento continuo de la atención prenatal y su impacto en la mortalidad perinatal en dos instituciones de salud de Popayán. *Rev Col Obstet Ginecol.* 2001;52:33-42.
- Dirección: Urbanización Rancho Grande, Calle 45, Cruce Av. Bolívar. Puerto Cabello, Estado Carabobo.  
Correo electrónico: faneitep@cantv.net

*Viene de pág. 227*

De esta relación médico-paciente, se origina un cúmulo de “obligaciones” a los que el especialista no les ha dado la debida importancia, quizás por desconocimiento o falta de interés. Dichas obligaciones sólo se miden cuando se producen complicaciones y lesiones a las pacientes, producidas en el acto médico, que conllevan a realizar una investigación jurídica. Entre el médico y la paciente existen necesidades que deben ser satisfechas, ello implica obligaciones como instrumento jurídico apto para resolverlas.

### **Responsabilidad gremial-ético-deontológico**

Estatuida en el código de deontología médica, de obligatorio cumplimiento en el ejercicio médico en Venezuela y que consta de 6 títulos y 248 artículos. Los más violados por algunos profesionales de las salud son los contemplados en los artículos 20 (or-

dinal F, G, y H), 23 (ordinal 1,2), 27 (ordinal E), 28 (ordinal J), y los artículos 107 y 243.

Artículo 20. “Son contrarios a la moral médica” ordinal F; permitir a personas extrañas al acto médico, presenciarlos innecesariamente. Ordinal G; permitir la exhibición al público profano, de actos médicos, quirúrgicos que hayan sido fotografiados o filmados. Ordinal H; derivar pacientes del hospital u otras dependencias de atención médica pública a servicios privados, clínicas o consultorios particulares con fines de lucro personal, salvo mandato expreso del paciente o sus familiares.

Artículo 23. “Intrusismo” Ordinal 1,2; dentro del ejercicio médico significa el médico que intenta ejercer una especialidad para la cual no está debidamente preparado ni reconocido.

*Continúa en pág. 245*