



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1998; 44 (2) : 107-109

Mortalidad perinatal. Experiencia en el Hospital San Bartolomé. Diez años después

RAÚL URQUIZO, ALVARO SANTIVÁÑEZ

Resumen

OBJETIVO. Determinar la tasa actual de mortalidad perinatal durante el año 1995 y compararla en todos sus componentes con los hallazgos de hace 10 años. **DISEÑO.** Estudio retrospectivo descriptivo transversal. **RESULTADOS.** Se revisó 5249 historias clínicas, encontrándose 70 muertes perinatales, conformando un tasa de mortalidad perinatal de 13,3%. Se encuentra que ha incrementado el número de pretérminos de 4,32 (1985) a 6,76% (1995), así como el de peso muy bajo < 1500 g, de 0,99 (1985) a 1,11% (1995), sin haberse incrementado la tasa de mortalidad perinatal. También ha variado la conformación de la patología. Actualmente la primera causa es la anomalía congénita en 26,4%, habiendo sido fuertemente des-plazada la asfixia severa que era la primera causa de muerte perinatal en 1985. Igualmente se identifica que la de las muertes es en pacientes sin control prenatal. **CONCLUSIÓN.** Es gracias al impacto de la lactancia materna exclusiva, el alojamiento conjunto, el método canguro para prematuros y la capacitación del personal en reanimación neonatal que se logra disminuir la tasa de mortalidad perinatal a lo largo de los últimos 10 años. Si se desea bajar aún más esta tasa de mortalidad perinatal, será necesario seguir insistiendo en el control prenatal, las tecnologías perinatales y el enfoque de riesgo.

Palabras claves: Mortalidad perinatal, pretérminos, anomalía congénita, asfixia severa, control prenatal.

Summary

OBJETIVE. To determine 1995 perinatal mortality rate and compare with findings ten years before. **DESIGN.** Transversal retrospective and descriptive study. **RESULTS.** In 5249 clinical histories 70 perinatal deaths were found, with a perinatal mortality rate of 13,3%. Preterm deliveries have increased from 4,32% (1985) to 6,76% (1995) as well as very low weight <1500 g from 0,99% (1985) to 1,11% (1995), without increase in perinatal mortality. Pathology has also changed and first cause of death is now congenital anomalies in 26,04%, displacing severe asphyxia, the first cause of death in 1985. The majority of deaths was in patients without prenatal control (75,7%). **CONCLUSION.** Exclusive breastfeeding, early mother-infant lodging, Kangaroo method for premature babies and capacitation of hospital personnel in neonatal reanimation has reduced perinatal mortality rate along these 10 years. If we wish to decrease it further, we will have to insist in prenatal control, perinatal technologies and risk focusing.

Key words: Perinatal mortality, preterm deliveries, congenital anomalies, severe asphyxia, prenatal control.

Introducción

La mortalidad perinatal en el Perú es la primera causa de muerte de los niños menores de un año con una tasa de 24 por mil nacidos vivos (ENDES III). Se ha establecido que entre el 60 y 65% de las defunciones es registrado por los profesionales de la salud, desconociéndose en la gran mayoría de veces la causa de muerte neonatal. En un estudio realizado por el CLAP en seis países latinoamericanos se encontró una disminución de I mortalidad infantil a expensas de la mortalidad posneonatal. En el Perú la mortalidad infantil ha disminuido en forma importante. En 1977 la tasa de mortalidad infantil fue 149 por mil y en el periodo 1981-1986 112 (ENDES I 1986); la tasa de mortalidad infantil cambió de 97 a 76 durante el periodo de 1981-1986 y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar ENDES II realizada en 1991-1992, señala una tasa de mortalidad infantil de 53 por mil nacidos vivos y una mortalidad en menores de 5 años de 43 (ENDES III). Sin embargo, las condiciones en las áreas rurales son mucho peores que en las áreas urbanas, con tasas de mortalidad infantil de 90 para áreas rurales, comparadas con 40 de las áreas urbanas. Existen unas regiones



en el Perú más afectadas que otras, particularmente aquellas de la sierra sur, donde la mortalidad infantil alcanza niveles de 101/1000 ó en la zona de la selva, con una tasa de 86/1000, comparada a 24/1000 en Lima (ENDES II 1991-1992).

En el estudio de Cervantes, Watanabe y Denegri (1988) se demuestra que los componentes de la mortalidad perinatal hospitalaria a nivel nacional, en 1985, se distribuía en 50% de mortalidad fetal tardía y 50% de la mortalidad neonatal precoz. Es decir los riesgos de muerte, según este estudio eran proporcionalmente semejantes entre MFT y MNP. El 70% de las muertes neonatales se asocia a peso bajo al nacer y las principales causas de muerte son asfixia, dificultad respiratoria y las infecciones.

Hace diez años se revisó la mortalidad perinatal en el Hospital San Bartolomé (1985). En el presente trabajo se revisa nuevamente la mortalidad perinatal y su estructura, describiéndose sus componentes para poderlos comparar con los hallazgos de hace 10 años.

Materiales y métodos

Hubo un total de 5249 historias clínicas correspondientes a recién nacidos vivos, en el Servicio de Neonatología del Hospital San Bartolomé durante el año 1995. Se revisa las historias clínicas que correspondieron al total de muertes perinatales del sistema informático perinatal, con una confiabilidad de datos de 88,6%. Se recogió los siguientes datos del recién nacido fallecido: edad, horas de sobrevivida, edad gestacional, peso y causas de muerte. Los pediatras utilizaron la prueba de Apgar para evaluar el tipo de asfixia y el método de Capurro, para diagnosticar la edad gestacional del recién nacido.

Resultados

En el periodo estudiado hubo un total de 5249 nacidos vivos (RN), el 92,2% correspondió a niños de 2500 g o más, 6,7% a niños de peso bajo (menos de 2500 g) y 1,1% a niños de peso muy bajo (menos de 1500 g) al nacer (Tabla 1).

Del total de recién nacidos 6,7% nació antes de las 37 semanas, 85,8% a las 37 a menos de 42 semanas y 7,35 a las 42 semanas.

En la Tabla 2 se registra las causas de muerte perinatal.

Peso del RN	%	Edad gestacional	%
500 - 999	0,23	26 -29	0,21
1000 - 1499	0,88	30 -33	1,75
1500 - 1999	1,48	34 -36	4,8
2000 - 2499	4,17	37 - 41	85,8
2500 - 3499	59,6	+ 42	7,3
3500 - 3999	27,44		
+ 4000	6,15		

Anomalía congénita	26,4%
Membrana hialina	20,5%
Infección	14,0%
Metabólica/nutricional	11,7%
Hemorragia	5,8%
Otros	21,6%



Discusión

En 1985 hubo 4290 recién nacidos vivos, de los cuales 22,5% fue de parto distócico y 77,5% eutócico.

En 1995 hubo 5249 recién nacidos vivos, de los cuales 24,8% fue de parto distócico y 75,2% de parto eutócico.

En 1995, el 70% de las madres tenía menos de 3 controles prenatales, pues el hospital recibe tanto pacientes con o sin control prenatal.

En 1985, el 4,3% de los recién nacidos fue pretérmino en 1995 el 10,8%. Sin embargo, la tasa de mortalidad perinatal ha mantenido sus valores con respecto a hace años, conservando una proporción de 56,6% en la mortalidad fetal tardía y 43% en la mortalidad neonatal precoz. Tal lo refiere Cervantes en 1985, quien encuentra una relación constante entre TMFT y TMP de 50 y 50%.

En los últimos 10 años, el Hospital San Bartolomé ha implementado tecnologías, como el Sistema Informático Perinatal, el enfoque de riesgo, la lactancia materna exclusiva, el alojamiento conjunto, el método canguro para prematuros, la capacitación de médicos y enfermeras del servicio de Neonatología en Reanimación Neonatal y establecimiento del Manual de Protocolos en Obstetricia. Esto ha permitido disminuir la mortalidad neonatal precoz, de tal modo que la primera causa de muerte perinatal en 1995 fue la de las anomalías congénitas, seguida de membrana hialina e infección, mientras que en 1985, la primera causa de muerte era (Tabla 3).

1985		1995	
Asfixia severa	56,86%	Anomalía congénita	26,4%
Membrana hialina	19,6%	Membrana hialina	20,5%
Sepsis	5,86%	Infección	14,0%
Anomalía congénita	5,86%	Metabólico/Nutricional	11,7%

Del total de fallecidos en 1995, el 75,7% comprende a madres que no han tenido control prenatal y sólo 24,3% con control prenatal adecuado, de las cuales fallecen en las primeras 24 horas 88,5% (Tabla 4).

Control prenatal	No	%
Si	53	75,7
No	17	24,3
Total	70	100

Referencias bibliográficas

1. Cervantes, Watanabe, De Negri. Muertes maternas y perinatales en hospitales del Perú MINSAs, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, OPS/OMS Lima Marzo 1988.
2. Pacheco J, Galdos R, Tivara L, Urquiza, R. Salud materna y perinatal. Experiencias y estrategias. Lima 1992.
3. Rey Vargas H. El recién nacido latinoamericano. Cali 1986.
4. Estado mundial de la infancia. UNICEF 1996.
5. Díaz G, Schwarz R y col. Tecnologías perinatales. CLAP CPS/CMS 1990.
6. Ludmir A. Ginecología y obstetricia; prevención, diagnóstico y tratamiento. Lima 1996.
7. Urquiza R. Informe lactancia materna. Ministerio de Salud. Lima 1995.
8. Unidad Informática Perinatal. SIP Hospital San Bartolomé. Lima 1996.
9. Urquiza R. Lactancia Materna. Una buena decisión. En Pacheco J y Col: Salud Materna y Perinatal. Red Peruana de Perinatología. Lima 1990.
10. Urquiza R. "Mortalidad perinatal en el Hospital de San Bartolomé". Acta Médica Peruana 1986; 13 (4).
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática: Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar 1991/1992.
12. Unidad Informática Perinatal Dpto. Ginec Obst HAMA Lima 1996.