



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1998; 44 (2) : 110-113

Mortalidad perinatal. Experiencia en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (1990-1997)

RAÚL ALEGRÍA, MARITZA LIMAS, FERNANDO RAMOS, SILVIA CHIN

Resumen

OBJETIVO. Presentar las tasas de mortalidad perinatal bruta y corregida en el HNGAI. **DISEÑO.** Estudio retrospectivo, de revisión de historias clínicas de los neonatimueertos y óbitos fetales ocurridos en el Servicio de Obstétrica del HNGAI del 19 de enero de 1990 al 31 de mayo de 1997. Los resultados han sido evaluados y presentados mediante las técnicas estadísticas. **LUGAR.** Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Servicio de Obstetricia. **RESULTADOS.** Revisamos 561 HC correspondientes a las muertes perinatales, seleccionamos 330 casos correspondientes a las muertes de 28 semanas para adelante. La tasa de mortalidad perinatal (TMP) general fue de 10,6x 1000 n.v. y la TMP corregida de 5,6 x 1000 n.v. Durante los años 94y95 hubo un incremento en las tasas por año. El porcentaje de RN con malformaciones congénitas llegó aproximadamente al 18%. Correlacionamos la muerte perinatal con la EG, peso y características del líquido amniótico. **CONCLUSION.** La introducción de la vigilancia fetal en el Servicio de Obstetricia de riesgo alto ha llevado a una disminución de la tasa de mortalidad perinatal general, a pesar que desde el año 1994, el Servicio de Obstetricia se convirtió en un servicio casi exclusivo de referencia; por lo tanto, más del 70% de gestantes recibidas tiene un factor de riesgo identificado y por lo tanto la morbimotalidad es más elevada que en un hospital general.

Palabras clave: Mortalidad perinatal, muertes neonatales, muertes fetales, malformaciones congénitas.

Summary

OBJECTIVE. To report true and corrected perinatal mortality rates al GAINH. **DESIGN.** Restrospective study of clinical histories of dead newborn infants and fetal deaths occuring at the Obstetrical Service GAINH from January 1, 1990 through May 31 1997. Results are presented by statistical analysis. **SETTING.** Obstetrical Service, Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital. **RESULTS.** From 561 clinical histories of perinatal deaths we studied 330 death dating 28 gestational weeks on. Perinatal mortality rat was 10,6 x 1000 Inb and corrected perinatal mortality rate 5,6 x 1000 Inb, with increase during 1994 and 1995. Congenital malformations occurred in 18%. We correlated perinatal death with gestational age, weight and amniotic fluid characteristics. **CONCLUSION.** Introduction of fetal surveillance at the Obstetrical Service has decreased general perinatal mortality rate, not with standing after 1994 it has become an almost exclusive reference center; consequently, 70% of pregnant women referred carry risk factors and morbidity and mortality are higher than in a general hospital.

Key words: Perinatal mortality, neonatal deaths, fetal deaths, congenital malformations.

Introducción

Las tasas de mortalidad perinatal representan el indicador más importante del estado de salud y de los sistemas de salud de los países² OMS.

Es un diagnóstico autocrítico del sector salud que incluye aspectos de población, socioeconómico y por supuesto, a nivel de salud.

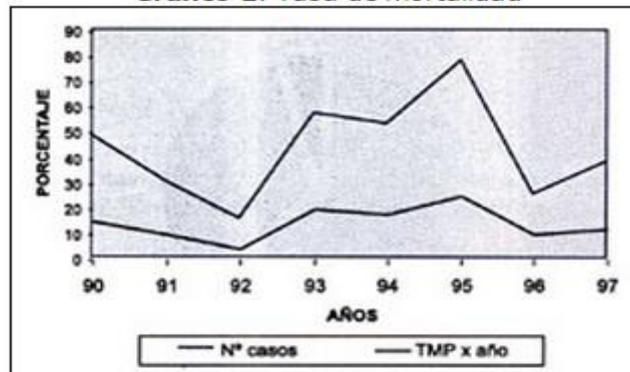
En el momento de la presentación de este trabajo no existen trabajos publicados sobre la mortalidad perinatal en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI).

El periodo perinatal es la etapa de la vida con mayor incidencia de mortalidad y representa en la salud inmediata del recién nacido (RN) y en el del hombre en futuro. Hasta el año 1994 el Servicio de Obstetricia fue un servicio general que recibió pacientes gestantes normales o con alguna patología asociada. A partir de ese



año, como parte de modificaciones administrativas de la seguridad social, el Servicio de Obstetricia se convirtió en Obstetricia de riesgo alto, lo que equivale a ser el servicio de referencia para todas las pacientes obstétricas con complicaciones. Esta situación dio lugar a la formación de la Unidad de Vigilancia Fetal y a emplear técnicas y métodos para disminuir la morbilidad perinatal. Por lo tanto la presentación de los datos de este estudio debe contemplar los aspectos antes mencionados.

Gráfico 1. Tasa de mortalidad



Material y métodos

El diseño de estudio es retrospectivo de revisión de historias clínicas de óbitos fetales y neonatimueertos que se produjeron en el Hospital Guillermo Almenara en 31 071 partos atendidos, desde el 19 de enero de 1990 al 31 de mayo de 1997.

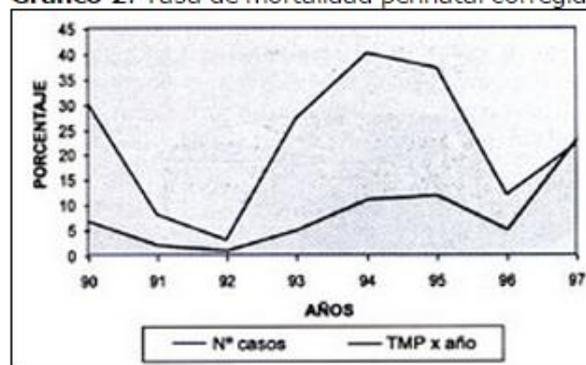
Hemos utilizado la definición de mortalidad perinatal I diseñada por la OMS2.

El análisis estadístico se realizó agrupando las muertes perinatales por años. A cada caso se le asignó un número, revisándose en el total 561 historias clínicas. Se consignó la edad de la madre, la fecha de ingreso, del parto y del fallecimiento del neonato.

La edad gestacional por última regla fue corroborada con los métodos de estimación neonatal conocidos (Parkin, Usher, Ballard).

El diseño, además contempló el peso del RN y si fue considerado pequeño para edad gestacional (PEG); adecuado para edad gestacional (AEG) o grande para edad gestacional (GEG), talla, si fue óbito o nació vivo, Apgar al minuto, cinco y diez minutos y características del líquido amniótico.

Gráfico 2. Tasa de mortalidad perinatal corregida



Se identificó además el tipo de parto y, si fue cesárea, la causa materna o fetal asociada o la indicación. Los resultados han sido expresados en porcentajes, tablas numéricas y gráficas de barras.

Resultados

Se revisó 561 historias clínicas correspondientes al total de muertes perinatales ocurridas en el Servicio de Obstetricia de Riesgo Alto del Hospital Almenara correspondiente a los años 1990-1997.



Durante este periodo se produjeron 33 071 partos correspondientes a nacidos vivos. Nosotros trabajamos con mortalidad perinatal I, que corresponde a la selección del total del número de historias revisadas a los fetos muertos de 28 ó más semanas hasta el término. Este número corresponde a 330 casos.

Hemos calculado la tasa de mortalidad perinatal general por los años.

Gráfico 3. Malformaciones congénitas

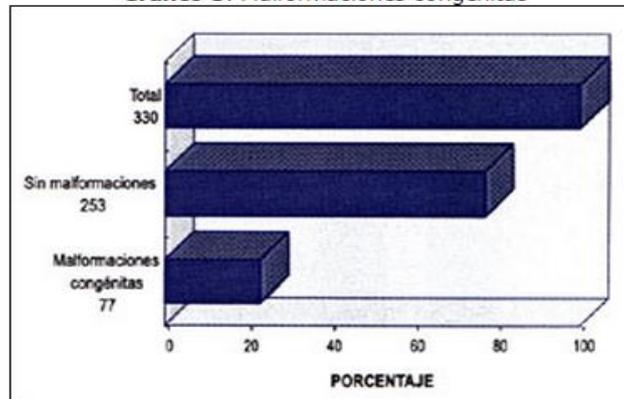


Gráfico 4. Causas relacionadas a mortalidad perinatal

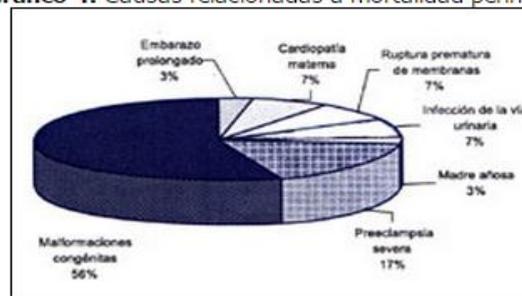
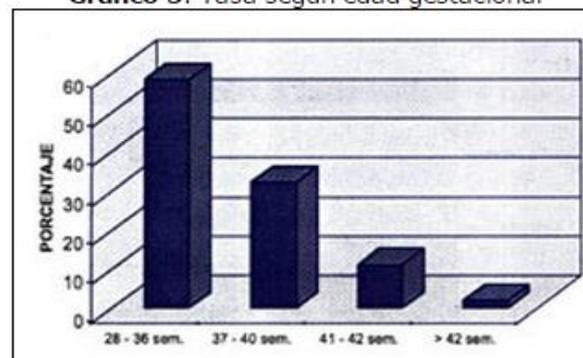


Gráfico 5. Tasa según edad gestacional



La tasa de mortalidad perinatal general total durante los años estudiados fue de 10,6 por 1000 nacidos vivos.

Luego hemos calculado la tasa de mortalidad perinatal corregida, que corresponde a la cifra anteriormente mencionada, como los casos de malformaciones congénitas mayores incompatibles con la vida y los óbitos fetales que llegaron como tal transferidos de los policlínicos o clínicas de la red del Hospital Almenara.

La tasa de mortalidad perinatal corregida correspondió a 5,6 por 1000 nacidos vivos.

El porcentaje de malformaciones congénitas y muerte perinatal hallada por nosotros corresponde al 16,8% total de la población estudiada.

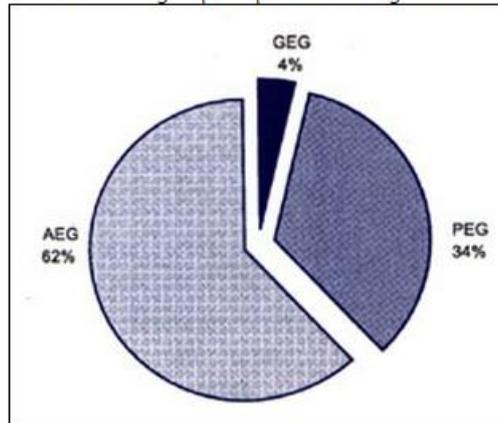


La causa materna asociada a mortalidad perinatal más frecuente correspondió a preeclampsia y en orden sucesivo a infección del tracto urinario y ruptura prematura de membranas.

Hemos querido además relacionar el número de muertes perinatales con la edad gestacional y su frecuencia. Encontramos que entre las 28 y 36 semanas las muertes representaron el 56,1%, lo que está en relación

evidente a prematuridad y a la incapacidad del obstetra de poder prevenir y/o resolver el parto pretérmino.

Gráfico 6. Según peso para la edad gestacional

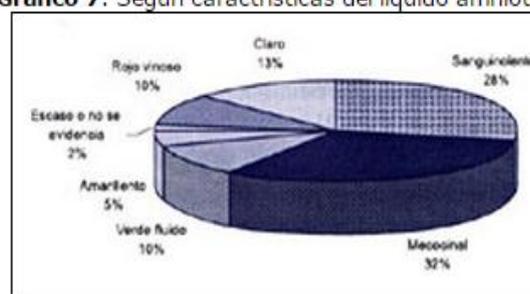


Las sospecha de embarazo prolongado y de insuficiencia placentaria crónica y los trastornos derivados de 61 (oligohidramnios, distocia funicular, trabajo de parto disfuncional) son una causa asociada a las muertes perinatales prevenibles, entre las 41 y 42 ó más semanas de gestación.

En nuestros resultados ellos equivalen al 10,9% del total de las muertes registradas. En cuanto al peso adecuado o no para la edad gestacional, encontramos que un peso adecuado estuvo presente en 61,5% de los casos y el peso probablemente no fue determinante como causa de muerte. Los PEG representan el 34,2% y GEG el 4,3%.

En cuanto a la relación de las muertes perinatales con la característica del líquido amniótico, el líquido meconial estuvo presente en 32,3% de los casos, el líquido amniótico sanguinolento en 27,8%; en relación a DPP, el líquido rojo vinoso en 9,8%; en relación a muerte fetal intraútero, amarillo en 5,3%; en relación a sufrimiento fetal crónico, el líquido verde fluido estuvo presente en 9,8% y el líquido claro en 12,8%, teniendo frecuencias similares en cuanto a muerte perinatal.

Gráfico 7. Según características del líquido amniótico



Discusión

Nuestra tasa de mortalidad perinatal alrededor de 18 x 1000 nacidos vivos es un indicador frecuente en países subdesarrollados.

Manning en su trabajo del año 1992 refiere una tasa de mortalidad perinatal corregida de alrededor de 15 x 1000 nacidos vivos (N.V.), utilizando la evaluación del bienestar fetal mediante el denominado perfil biofísico fetal.



Debemos reconocer que un resultado alto para mortalidad perinatal está en relación a indicadores demográficos, infraestructura sanitaria, recursos humanos y económicos de un país, programa de asistencia médica al embarazo, información, educación y comunicación a la mujer desde la adolescencia hasta la etapa de madurez física y sexual; está en relación también a IDS sistemas locales de salud, la capacitación del personal y la cobertura de atención de salud a la población. Finalmente los programas de salud reproductiva deben contemplar niveles de atención, niveles de referencia y atención con enfoque de riesgo obstétrico¹.

Un grupo importante de mortinatos ocurre en relación a malformaciones congénitas, dentro de las cuales las del sistema nervioso central y aparato cardiovascular se encuentran con mayor frecuencia.

La enfermedad materna asociada más frecuente a neonatimuertos es preeclampsia y la condición fetal más frecuente asociada es el recién nacido pretérmino.

La referencia oportuna en muchos casos podría evitar la muerte perinatal; de hecho la mayoría de mortinatos iniciaron su control prenatal tardíamente; el reconocimiento de limitaciones administrativas, técnicas y de mantenimiento, entrenamiento, debería ser el pilar para mantener un buen nivel de referencia y contrarreferencia.

Finalmente la introducción de nuevas técnicas en la evaluación del bienestar fetal significa un avance en la evaluación de fetos con factores de riesgo; la atención obstétrica con enfoque de riesgo seleccionará la atención del riesgo bajo y mediano en los centros de menor complejidad y los de riesgo alto en los centros de referencia o nivel IV.

Referencias bibliográficas

1. Pacheco J. Regionalización de los recursos perinatales en Latinoamérica. *Ginecol Obstet* 1995; 41 (2): 34-38.
2. Fabre E, Gonzalez de Agüero R, de Agustín JL. Perinatal mortality in term and post term births. *J Perinat Med* 1996; 24 (2): 163-9.
3. Maeda K. Estimation of perinatal mortalities in the world's countries from maternal mortalities. *J Matern Fetal Med* 1996;5 (13): 132-6.
4. Velin P, Dupont D, Golkar A, et al. Management of newborn infants in maternity - neonatal intensive care units. *Arch Pediatr* 1996; 3 (2): 122-9.
5. Godula-Stuglik, Jurkiewicz F, Kasprzyk J. Effect of perinatal risk factors on treatment outcome in newborns with hypoxicischemic encephalopathy. *Gynekol Pol* 1995; 66 (11): 618-25.
6. Piper J, Langer O, Xenakis J. Perinatal outcome in growth restricted fetuses: Do hypertensive and normotensive pregnancies differ? *Obstet Gynecol* 1996; 23 (1) 41-7.
7. Carlomagno G, Candussi G, Zavino S, et al. Post maturity: How far is it a clinical entity in its own right? *Clin Exp Obstet Gynecol* 1996; 23 (1): 41-7.
8. Zsmosrki M, Green L. Preeclampsia and hypertensive disorders of pregnancy. *Am Fam Physician* 1996; 53 (5): 1595-610.
9. Tsao L, Chang B, Chaou W. Neonatal mortality and morbidity in a neonatal unit: Impact of improved perinatal care in recent 10 years. *Acta Paediatr Sin* 1995; 36 (6): 405-10.
10. Weinstein D, Ezra Y, Picard R, et al. Expectant management of postterm patients: Observations and outcome. *J Matern Fetal Med* 1996; 5(5): 293-7
11. Bernaschek G, Stuempflen I, Deutinger J. The influence of the experience of the investigator on the rate of sonographic diagnosis of fetal malformations in Vienna. *Prenat Diagn* 1996; 16 (9); 807-11.
12. Shah D, Reed G. Parameters associated with adverse perinatal outcome. *J Hum Hypertens* 1996; 10 (8): 511-5.
13. Lacour B, Cecchi Tenchini R, Fresson J. Handicaps and the perinatal period.II. Perinatal pathology and severe deficiencies. *Arch Pediatr* 1995; 2 (2): 117-23.
14. Whiteman V, Reece E. Prenatal diagnosis of mayor congenital malformations. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1994; 6 (5): 459-67.
15. Hammerman C, Zadka P. Asphixia related infant mortality rates. *Am J Perinatol* 1994; 11 (4): 290-4.
16. Nageotte M, Towers C, Asrat C. Perinatal outcome with the modified biophysical profile. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170 (6): 1672-6.
17. Lima M, Elferink Stinkens P, Wallenburg H, et al. Estimate of perinatal mortality risk. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993; 51 (2): 97-101.