



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

Universidad Nacional de San Martín



FACULTAD DE OBSTETRICIA

“Algunos Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de la
Mortalidad Perinatal en el Hospital de Apoyo Integrado al
IPSS - Tarapoto Periodo 1,985 – 1,989”.

Autores:



A rectangular blue ink stamp from the Biblioteca. The text 'BIBLIOTECA' is written vertically in the center. At the top, it says 'Universidad Nacional de San Martín' and at the bottom, 'Tarapoto'.

Miriam Aguilar Jiménez
Nelly Reátegui Lozano

TESIS

Para optar el Título de:

OBSTETRIZ

TARAPOTO – PERU

1,991

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA


TITULO: " ALGUNOS ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS Y CLINICOS
DE LA MORTALIDAD PERINATAL EN EL HOSPITAL DE
APOYO INTETGRADO III AL IPSS - TARAPOTO.
PERIODO 1985 - 1989 ".

AUTORES:


MIRIAM AGUILAR JIMENEZ

NELLY REATEGUI LOZANO

JURADO CALIFICADOR:


OBST. LOURDES URQUIZA PINTO

PRESIDENTE


DR: FEDERICO TINTA JUNCO

SECRETARIO


DR: PABLO ALEGRE GARAYAR

MIEMBRO

TARAPOTO - PERU

1,991

AGRADECIMIENTO

Nuestro sincero agradecimiento al Dr. Cicerón Ruíz Reátegui, Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital de Apoyo Integrado III IPSS Tarapoto, por su valioso apoyo y orientación en la ejecución del presente trabajo.

Así mismo a las personas que de una u otra manera colaboraron para la culminación de esta investigación.

Los Autores.

DEDICATORIA

A mis padres Juan y Lucy, por su
confianza y sacrificio para la
culminación de mi carrera.

DEDICATORIA

A mis queridos padres Edison e Hilda, por su esfuerzo, cariño y orientación en la culminación de mi carrera profesional.

INDICE

	Pag.
I.- INTRODUCCION	01 - 04
II.- OBJETIVOS	05
III.- REVISION DE LITERATURA	06 - 09
IV.- MATERIALES Y METODOS	10 - 12
V.- RESULTADOS	13 - 48
VI.- DISCUSION DE RESULTADOS	49 - 56
VII.- CONCLUSIONES	57 - 59
VIII.- RECOMENDACIONES	60 - 61
IX.- RESUMEN	62 - 63
X.- BIBLIOGRAFIA	64 - 67

I.- INTRODUCCION

En la mayoría de los Países del mundo sub desarrollado, que se debaten en una explosión demográfica muy difícil de modificar y en una crisis económica cada vez más apremiante; la Mortalidad Infantil, es señalada siempre con tasas muy elevadas, aún con lo discutible que pueden ser las estadísticas nacionales por la deficiencia en el registro y en el procesamiento de los datos, no deja de llamar la atención la información del documento oficial del Ministerio de Salud: "Lineamientos Operativos para la ejecución del Programa Especial de Supervivencia Infantil 1,986", donde se señala como primera causa de muerte en menores de un año, a ciertas Afecciones Perinatales con un 33.2% del total, desplazando a las Enfermedades Respiratorias (27%), y a las Infecciones Intestinales (15.6%) al segundo y tercer lugar respectivamente. (5) (11).

Según la Organización Mundial de la Salud, se

ha adoptado el término de Mortalidad Perinatal para expresar las muertes fetales y neonatales, influenciadas por procesos pre natales y por las circunstancias que se presentan alrededor del parto (1).. El Periodo Perinatal abarca 2 etapas: La Fetal Tardía, que ocurre desde las 28 semanas de gestación (196 días), y La Neonatal Precoz, que considera todo nacido vivo fallecido durante los 7 días de vida (168 horas después del nacimiento), o con un peso equivalente a 1,000 grs. y una talla de 35 cms. (10) (20).

Los factores que inciden durante el embarazo, parto y los primeros días del Período Neonatal, que son gravitantes para la salud del feto, recién nacido y el desarrollo final del niño; en nuestro medio no han evolucionado positivamente y son a la fecha causas de muerte frecuente en esta etapa de la vida. (5).

En el Hospital de Apoyo Integrado III al IPSS Tarapoto, se registran con frecuencia defunciones en la etapa perinatal, es por ello nuestra preocupación e interés el conocimiento por medio de esta investigación de: las características de la población materna, la magnitud, factores asociados que tienen importancia para que se produzca la muerte en este grupo etéreo, así como también las causas de muerte de aquellos que fallecen entre las 28 semanas de gestación y los 7 primeros días de vida extrauterina (6).

Existe un estudio realizado en el Servicio de Pediatría del Hospital de Apoyo "La Caleta" - Chimbote, titulado "Mortalidad Perinatal en el Hospital de Apoyo La Caleta de Chimbote", (1), durante los años 1,984-85, en donde se determina que las principales causas de muerte perinatal fueron la Asfixia Severa con 33%, la Prematuridad con 22.2%, el Síndrome Convulsivo y la Sepsis con 11.1% cada uno. Así mismo, un Análisis Estadístico, realizado en el Servicio de Pediatría del Hospital San Juan - Lima, (16), en los años 1,980-83, demuestra que la cusa más frecuente de mortalidad es la Prematuridad, equivalente a 66.6% seguida de Malformaciones Congénitas, (16%).

El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, realizaron el estudio sobre Mortalidad Perinatal en el año 1,985 (Mayo - Julio) (5), con recolección prospectiva de datos incluyendo todos los hospitales del sector público (Ministerio de Salud e Instituto Peruano de Seguridad Social). Según este estudio, la tasa de Mortalidad Perinatal Hospitalaria en el Departamento de San Martín, ocupa el tercer lugar después de Huancavelica y Cajamarca.

La investigación sobre Mortalidad Perinatal en el Hospital de Apoyo Integrado III - IPSS Tarapoto, se realizó, con la finalidad de contribuir al conocimiento de la serie de aspectos ya mencionados,

que tienen influencia en la muerte temprana del ser humano en nuestro departamento. Este estudio abarcó desde el 1 de Enero de 1,985 al 31 de Diciembre de 1,989 y servirá para elaborar un programa de difusión masiva, coordinado y continuado, sobre aspectos perinatales y propiciar la integración de las actividades obstétricas y neonatológicas; así como también motivar la investigación de otros aspectos que tienen influencia en la etapa perinatal (16).

II.- OBJETIVOS

a.- Objetivo General:

- Elaborar un diagnóstico a nivel del Hospital de Apoyo Integrado III-IPSS Tarapoto, de la muerte perinatal, que contribuya al conocimiento de dicho problema.

b.- Objetivos Específicos:

- Conocer la estructura de la Mortalidad Perinatal a nivel hospitalario.
- Identificar los factores asociados a la Mortalidad Perinatal.
- Incrementar la responsabilidad del profesional en Obstetricia, en la atención científica de la gestante, para disminuir la Mortalidad Perinatal.

III.- REVISION DE LITERATURA

Para la interpretación de los resultados de datos estadísticos y arribar a conclusiones correctas y reales, es necesario, revisar ciertos conceptos como, nacidos vivos, muertes fatales, tasas de mortañlidad perinatal, muertes neonatales precoces, etc., dado que, para considerarlos como tales se debe contar con criterios más ajustados a la realidad; así por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud, define como:

Nacimiento Vivo.- Es la expulsión o extracción completa, del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, tal como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y está o no desprendida de la placenta. Si el producto manifiesta

éstas características se considera un nacido vivo.

Defunción.- Es la desaparición permanente de todo signo de vida en un momento cualquiera posterior al nacimiento (sesación de las funciones vitales con posterioridad al nacimiento, sin posibilidad de resucitar). Por lo tanto ésta definición no comprende a las defunciones fetales.

Defunción Fetal.- Es la muerte de un producto de la concepción antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo. La defunción está indicada por el hecho de que después de esa separación el feto no respire, ni manifieste ningún otro signo de vida, tal como palpitations del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de la contracción voluntaria.

Natimuerto o Mortinato.- (Nacido Muerto), es la defunción fetal ocurrida antes de la expulsión o extracción completa del claustro materno de un producto de la concepción que ha alcanzado 20 a más semanas gestacionales, o que pesa 500 grs. o más, o cuya longitud cabeza-talón es de 25 cms. a más. Al nacimiento o después de él, el producto no muestra ninguno de los signos de vida mencionados anteriormente.

Muerte Neonatal.- Es la muerte del producto nacido vivo en cualquier momento de los primeros 28 días de vida extrauterina.

La muerte neonatal puede ser: Precoz y Tardía.

Muerte Neonatal Precoz o Temprana.- Es la muerte del producto dentro de los primeros 7 días de vida extrauterina.

Muerte Neonatal Tardía.- Es la muerte de un recién nacido después de 7 días completos de vida, pero antes de los 29 días de vida extrauterina.

Defunción Fetal Tardía.- Es la defunción del feto que ocurre apartir de la 28ava. semana de gestación, con un peso de 1,000 grs. a más. Los productos que presentaron menos de 1,000 grs. de peso, fueron considerados en el estudio por presentar una edad gestacional apartir de 28 semanas.

Periodo Neonatal.- Intèrvalo de tiempo que media entre el nacimiento y los 28 días de vida.

Periodo Perinatal.- Abarca desde las 28 semanas de gestación o 1,000 grs. de peso del feto, hasta los 7 días de vida (168 horas). Si no se obtiene el peso al nacer la talla corporal de 35 cms. se considera equivalente a 1,000 grs. Cuando no se mide el peso ni la talla al nacer, se dice que un feto

llega al periodo perinatal cuando la edad gestacional alcanza 28 semanas completas (196 días).

Mortalidad Perinatal.- Es el número de defunciones fetales tardías sumado a las defunciones neonatales o precoces.

Tasa de Mortalidad Perinatal.- Es la cifra de mortinatos, y defunciones en la primera semana de vida, ocurridos desde las 28 semanas completas del embarazo hasta los 7 días después del parto, por 1,000 nacimientos vivos.

Edad Gestacional.- Es el número de semanas completas transcurridas entre el primer día de la última menstruación y la fecha del parto, sea que el producto de la gestación haya nacido vivo o sin manifestar ningún signo de vida.



IV.- MATERIALES Y METODOS

El universo de nuestra investigación perinatal está basado en el estudio de los recién nacidos muertos, dentro del periodo de las 28 av. semana de gestación hasta los 7 primeros días de vida extrauterina, con un peso mayor o igual a 1,000 grs., cuyos partos fueron atendidos en el hospital. Se consideró para el estudio a los recién nacidos de parto en domicilio que ingresaron al Servicio de Neonatología.

Entre las fuentes de investigación se consideró: las historias clínicas de la madre, del recién nacido y el libro de partos, desde el 1ro de Enero de 1,985 hasta el 31 de Diciembre de 1,989.

Se registraron 8,673 partos; 8,512 correspondieron a recién nacidos vivos, 161 a defunciones fatales tardías y 97 a defunciones neonatales precoces ocurridos en el Hospital de Apoyo Integrado III-IPSS Tarapoto, en el periodo mencionado.

Se confeccionó una ficha para la recolección

de datos referente a las madres: edad, estado civil, procedencia, grado de instrucción, condición económica, control prenatal, paridad, complicaciones del embarazo y del parto, entre otras. Del recién nacido: sexo, peso, Apgar, edad gestacional, tiempo de vida (en caso de defunción) y causa de defunción.

La edad gestacional de la mortalidad fetal tardía, fue considerada por fecha de última regla, peso, impresión obstétrica y clínica (4).

La mayoría de los recién nacidos vivos fueron evaluados por la puntuación de Victoria Apgar, para descartar asfixia y, la madurez fetal (edad gestacional) mediante el Test de Usher (1), (8).

El análisis estadístico de todos los datos mencionados, permitieron elaborar las respectivas tasas de mortalidad, dichas tasas se adecuaron a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y consideramos a las siguientes (13):

$$\text{Tasa de Mortalidad Perinatal} = \frac{\text{Defunciones Fetales Tardías} + \text{Defunciones Neonatales Precoces}}{\text{Nacidos Vivos} + \text{Defunciones Fetales Tardías}} \times 1000$$

$$\text{Tasa de Mortalidad Fetal Tardía} = \frac{\text{Defunciones Fetales Tardías}}{\text{Nacidos Vivos} + \text{Defunciones Fetales Tardías}} \times 1000$$

$$\text{Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz} = \frac{\text{Defunciones Neonatales Precoces}}{\text{Nacidos Vivos}} \times 1000$$

Estas tasas se reflejan en cuadros.

CUADRO No 01

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985-1,989
TASAS DE MORTALIDAD PERINATAL

AÑO	M. P.			M. F. T.			M. N. P.		
	* Nac.	Def.	Tasa	Nac.	Nac. Tasa	Muert.	Nac.	Def.	Tasa
							Viv.		
1985	1527	54	35.36	1527	34	22.26	1493	20	13.39
1986	1602	62	38.70	1602	45	28.08	1557	17	10.91
1987	1807	46	25.45	1807	28	15.49	1779	18	10.11
1988	1917	57	29.73	1917	31	16.17	1886	26	13.78
1989	1820	39	21.42	1820	23	12.63	1797	16	08.90
TOTAL	8673	258	29.74	8673	161	18.56	8512	97	11.39

Tasas por 1000 nacidos vivos.

* Nacidos vivos y nacidos muertos.

LEYENDA: M.F.T. = Mortalidad Fetal Tardía.
M.N.P. = Mortalidad Neonatal Precoz.

El cuadro No. 01 nos muestra la Mortalidad Perinatal ocurrida en el Hospital de Apoyo Integrado Tarapoto durante el quinquenio 1,985 - 1,989; siendo la tasa promedio 29.74 X 1000 nacidos vivos; apreciándose una disminución significativa de la Tasa de Mortalidad Perinatal entre el primer y el último año del estudio (35.4 a 21.4 X 1000 nacidos vivos).

También se observa que la tasa de Mortalidad Fetal Tardía (18.56), en el quinquenio mencionado es superior a la tasa de Mortalidad Neonatal Precoz (11.39). Ambas tasas presentan tendencia decreciente entre el primer y último año del estudio.

GRAFICO No 01

INCIDENCIA DEL NUMERO DE NACIMIENTOS EN EL HOSPITAL DE
APOYO INTERGRADO III - IPSS TARAPOTO. 1985 - 1989.

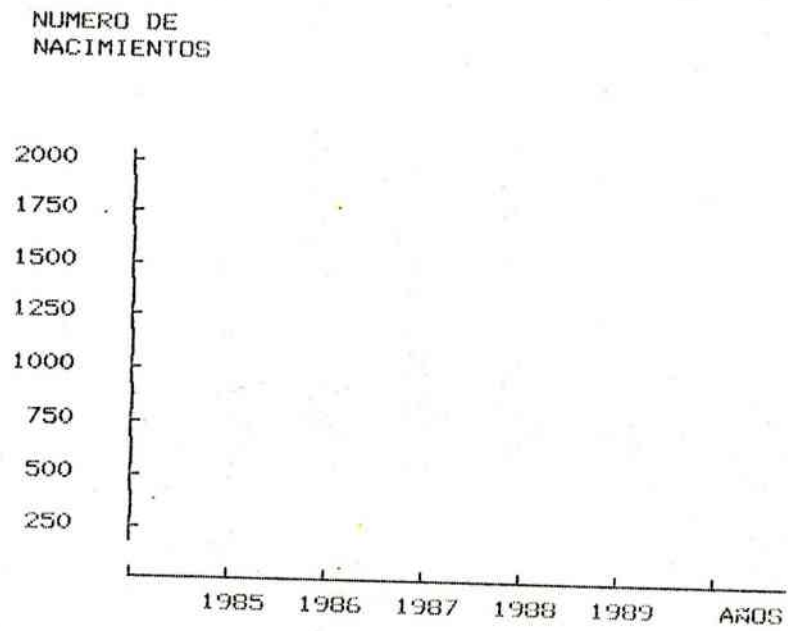
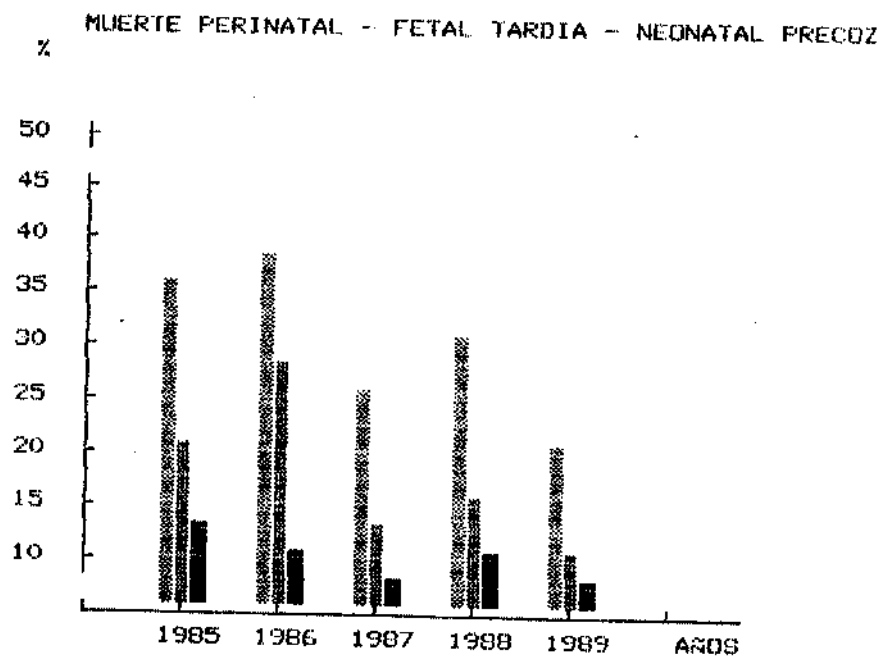


GRAFICO NO 02
TASAS DE MORTALIDAD PERINATAL.



LEYENDA:

- MUERTE PERINATAL
- ▨ MORTALIDAD FETAL TARDIA
- MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ

CUADRO No. 02

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989

EDAD DE LA MADRE

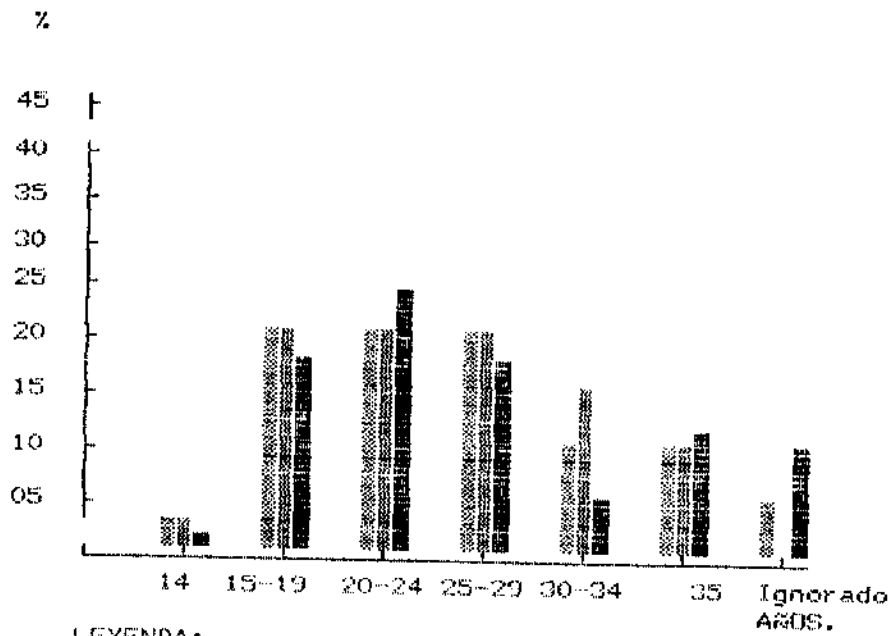
EDAD	Total		Mortalidad Perinatal			
	No.	%	M.	F. T.	M.	N. P
			No.	%	No.	%
< 14 años	11	04	08	05	03	03
15 - 19 años	56	22	37	23	19	20
20 - 24 años	60	23	36	22	24	25
25 - 29 años	51	20	34	21	17	18
30 - 34 años	35	13	27	17	08	08
> 35 años	12	05	---	---	12	12
T O T A L	258	100	161	100	97	100

Este cuadro muestra que el 26% del total de la Mortalidad Perinatal ocurrido en el Hospital Integrado de Tarapoto durante los años 1,985 - 1,989, se presentaron en gestantes menores de 20 años, considerándose a este grupo de alto riesgo; llama la atención que la Mortalidad Perinatal presenta porcentajes significativos en gestantes en plena edad reproductiva: 20 - 24 años y 25 - 29 años con 23% y 20% respectivamente y con 13% en gestantes mayores de 35 años.

Así mismo, se observa un predominio de la Mortalidad Fetal Tardía en gestantes menores de 20 años, (28%) sobre los otros grupos y de la mayor incidencia de Mortalidad Neonatal Precoz en las gestantes de 20 a 24 años (25%) sobre las menores de 20 años (23%).

No se encontró la edad en 12 gestantes que significaron el 12% de la Mortalidad Neonatal Precoz.

GRAFICO No. 03
 EDAD DE LA MADRE.



LEYENDA:

- ▨ MORTALIDAD PERINATAL
- ▩ MORTALIDAD FETAL TARDIA
- MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ

CUADRO No. 03

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO 1,985 - 1,989
ESTADO CIVIL DE LA MADRE

ESTADO CIVIL	Total		Mortalidad Perinatal					
	No.	%	M.	F.	T.	M.	N.	P.
			No.	%	No.	%		
Conviviente	77	30	50	31	27	28		
Soltera	59	23	39	24	20	21		
Casada	106	41	67	42	39	40		
Ignorado	16	06	05	03	11	11		
T O T A L	258	100	161	100	97	100		

El presente cuadro trata de analizar la Mortalidad Perinatal, relacionado con el estado civil de la madre en el quinquenio en estudio y se aprecia que el 53% del total de defunciones perinatales, comprende a gestantes con un estado social inestable (convivientes y solteras).

La Mortalidad Perinatal en madres casadas es de 41%, ignorándose el estado civil en el 6% por no estar registradas en las historias clínicas.

Tanto la Mortalidad Fetal Tardía (55%) como la Mortalidad Neonatal Precoz (49%), es superior en el grupo de gestantes convivientes y solteras que en el grupo de casadas, donde encontramos el 42% y 40% respectivamente.. También se observa en los diferentes estados civiles predominio marcado de la Mortalidad Fetal Tardía sobre la Mortalidad Neonatal Precoz.

CUADRO No. 04

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989.

NIVEL DE ESTUDIO DE LA MADRE

NIVEL DE ESTUDIO	Total		Mortalidad Perinatal					
	No.	%	M.	F.	T.	M.	N.	P
			No.	%	No.	%		
Ningún Nivel	25	10	16	10	09	09		
Primaria	90	35	57	35	33	34		
Secundaria	65	33	54	34	31	32		
Superior	23	09	12	07	11	11		
Ignorado	35	13	22	14	13	14		
T O T A L	258	100	161	100	97	100		

Del total de gestantes consideradas en el estudio se constató que las 2/3 partes (175 casos) corresponden a gestantes con educación primaria y secundaria, observando también la misma relación para la Mortalidad Fetal Tardía y la Mortalidad Neonatal Precoz (111 y 64 casos respectivamente).

CUADRO No. 05

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989.

OCUPACION DE LA MADRE

OCUPACION	Total		Mortalidad Perinatal					
	No.	%	M.	F.	T.	M.	N.	P.
			No.	%	No.	%		
Su Casa	150	58	104	64	46	48		
Trabaja	56	22	30	19	26	27		
Estudia	31	12	19	12	12	12		
Ignorado	21	08	08	05	13	13		
T O T A L	258	100	161	100	97	100		

Este cuadro nos muestra que más de la mitad de la Mortalidad Perinatal (58%) corresponden a gestantes que se dedican a labores domésticas, existiendo un amplio margen de diferencia con aquellas que trabajan fuera del hogar (22%) y un pequeño porcentaje (12%) al grupo de las que estudian.

Observamos que tanto la Mortalidad Fetal Tardía (64%) como la Mortalidad Neonatal Precoz (48%) es más frecuente en gestantes que tienen por ocupación su casa, y en este grupo la Mortalidad Fetal Tardía con 104 defunciones representa el 64% y la Mortalidad Neonatal Precoz con 46 defunciones el 48%.

CUADRO No. 06

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989.

CONDICION ECONOMICA DE LA MADRE

CONDICION ECONOMICA	Total		Mortalidad Perinatal			
	No.	%	M.	F.	T.	M. N. P.
			No.	%	No.	%
Baja	99	38	69	43	30	31
Media	105	41	56	35	49	51
Alta	---	---	---	---	---	---
Ignorado	54	21	36	22	18	18
T O T A L	258	100	161	100	97	100

En este cuadro se observa que la Mortalidad Perinatal en el quinquenio 1,985 - 1,989 en el Hospital Integrado Tarapoto, según la situación económica de las gestantes; se presentó en el 79% en las de condición económicamente deprimida (baja y media). No observándose defunciones en las de condición alta.

Se encontró así mismo omisión del dato en investigación en el 21% de las historias clínicas revisadas.- También en este quinquenio, la Mortalidad Fetal Tardía y la Mortalidad Neonatal Precoz predominó en las gestantes de condiciones económicas baja y media con 78% y 82% respectivamente.

CUADRO No. 07

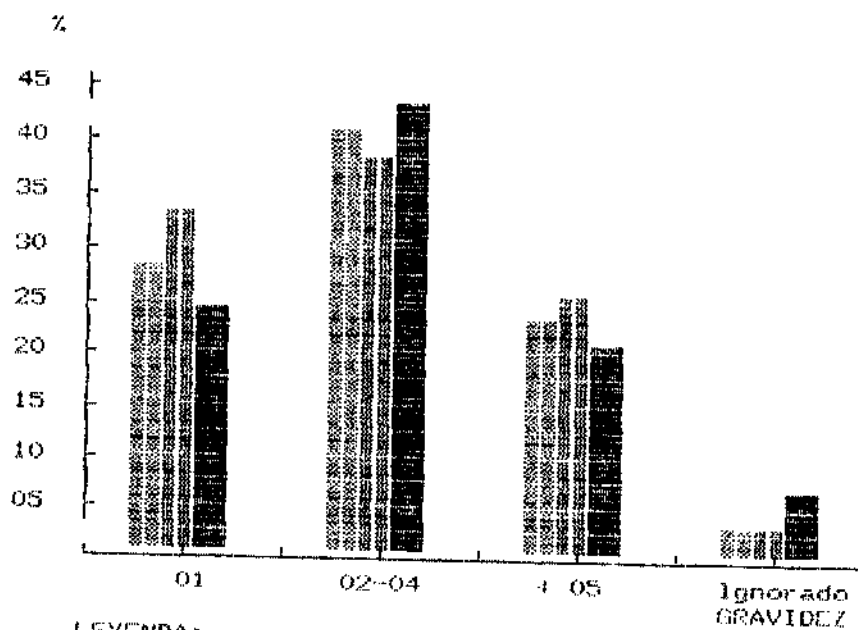
MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989.

GRAVIDEZ DE LA MADRE

GRAVIDEZ	Total		Mortalidad Perinatal					
	No.	%	M.	F.	T.	M.	N.	P.
			No.	%	No.	%		
Primigestas	78	30	54	34	24	25		
2 - 4 Embarazos	106	41	63	39	43	44		
> 5 Embarazos	62	24	42	26	20	21		
Ignorado	12	05	02	01	10	10		
T O T A L	258	100	161	100	97	100		

En el análisis del presente cuadro se encontró que la Mortalidad Perinatal en primigestas y en gestantes de cinco o más gestaciones en conjunto, representan el 54%, siendo la Mortalidad Fetal Tardía mayor (60%) que la Mortalidad Neonatal Precoz (46%).

GRAFICO NO 04
GRAVIDEZ DE LA MADRE



LEYENDA:

- ▨ MORTALIDAD PERINATAL
- ▤ MORTALIDA FETAL TARDIA
- MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ

CUADRO No. 08

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989.

INTERVALO INTERGENESICO

INTERVALO INTERGENESICO	Total		Mortalidad Perinatal			
	No.	%	M.	F. T.	M.	N. P.
			No.	%	No.	%
< 6 meses	17	10	08	08	09	12
6 - 12 meses	42	23	29	27	13	18
13 - 23 meses	20	11	10	09	10	14
2 - 4 años	37	21	22	21	15	20
> 5 años	15	08	10	09	05	07
Ignorado	49	27	28	26	21	29
T O T A L	*180	100	107	100	73	100

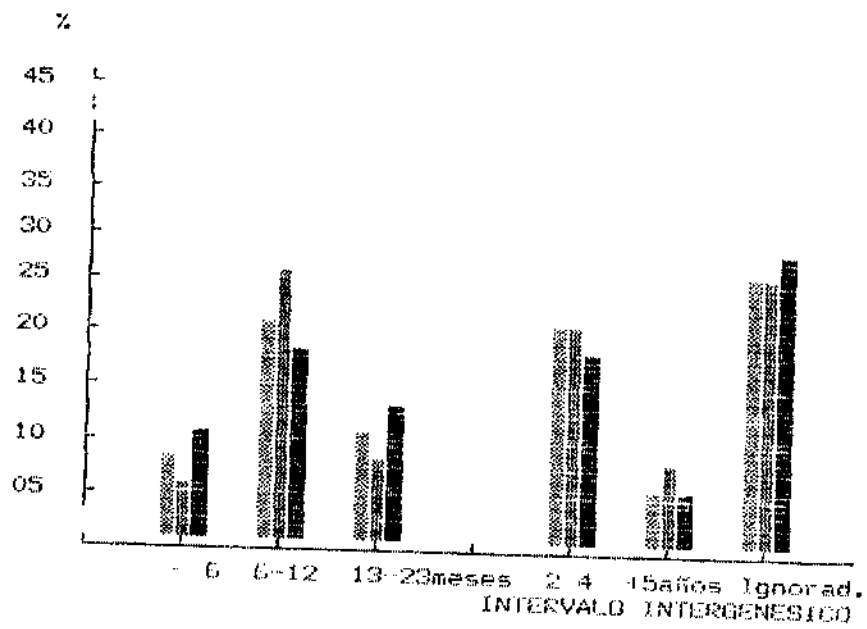
* Sin considerar 78 casos de primigestas.

Se aprecia en el presente cuadro que la tercera parte de la Mortalidad Perinatal se concentra en gestantes con un intervalo intergenésico corto (hasta 12 meses), lo cual ya nos confirma que es un factor de alto riesgo.

Existe una relación semejante con la Mortalidad Fetal Tardía (35%) y ligeramente menor con la Mortalidad Neonatal Precoz (30%).

Nuevamente encontramos una omisión alta en las historias clínicas de la variable en estudio (27%).

GRAFICO NO 05
INTERVALO INTERGENESICO



LEYENDA:

- ▨ MORTALIDAD PERINATAL
- ▨ MORTALIDAD FETAL TARDIA
- MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ

CUADRO No.09

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989.
METODOS ANTICONCEPTIVOS

ANTICONCEPCION	Total		Mortalidad Perinatal					
	No.	%	M.	F.	T.	M.	N.	P.
			No.	%	No.	%		
Ogino Knaus	30	12	19	12	11	11		
Contraceptivos Orales	46	18	30	19	16	17		
Tabletas Vaginales	10	04	06	04	04	04		
Condón	15	06	10	06	05	05		
Dispositivos Intrauterinos	07	2.7	05	03	02	02		
Inyectables	18	07	14	09	04	04		
Pomeroy	01	0.3	01	0.6	---	---		
Ninguno	86	33	54	33.4	32	33		
Ignorado	47	17	22	13	23	24		
T O T A L	258	100	161	100	97	100		

La Mortalidad Perinatal asociada a los métodos anticonceptivos nos muestra que la tercera parte (33%) de ellos ocurrieron en las gestantes que no utilizaron métodos anticonceptivos.

El 25% aproximadamente de defunciones se observaron en gestantes que utilizaron anticonceptivos hormonales (contraceptivos orales e inyectables). Porcentajes menores (12.7%) aproximadamente de defunción perinatal se registraron en aquellas gestantes que utilizaron métodos de barrera, y un porcentaje similar de defunción perinatal con el método natural (Ogino Knaus 12%).

No se encontró en las historias clínicas en un 17% de defunciones perinatales el método anticonceptivo empleado por la gestante. Tanto la Mortalidad Fetal Tardía como la Mortalidad Neonatal Precoz en las gestantes sin ningún método anticonceptivo los porcentajes son semejantes. No así en las que utilizaron métodos hormonales, alcanzando mayor porcentaje la Mortalidad Fetal Tardía (28%) sobre la Mortalidad Neonatal Precoz (21%).

CUADRO No. 10
MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989
CONTROL PRE NATAL

CONTROL PRE NATAL	Total		Mortalidad Perinatal					
	No.	%	M.	F.	T.	M.	N.	P.
			No.	%	No.	%		
Sin control	69	27	46	29	23	24		
1 - 4 controles	115	45	70	43	45	46		
> 5 controles	50	19	33	21	17	18		
Ignorado	24	09	12	07	12	12		
T O T A L	258	100	161	100	97	100		

Según el control pre natal; la Mortalidad Perinatal, fue del 45% en gestantes con 1 a 4 controles y de 27% en aquellas gestantes que no recibieron ningún control.

Solamente el 19% aproximadamente cumplieron con los controles recomendados (> 5).

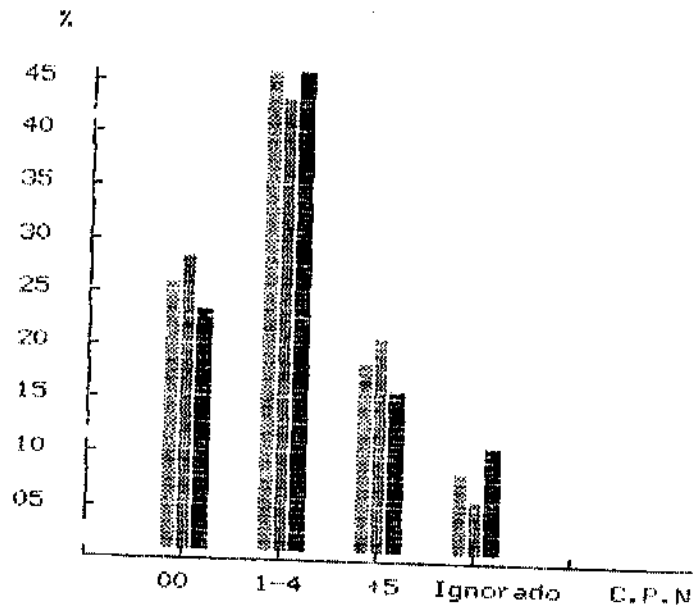
No existe mucha diferencia entre la Mortalidad Fetal Tardía y Mortalidad Neonatal Precoz (43%) y (46%) respectivamente entre las gestantes que recibieron de 1 a 4 controles; observándose un porcentaje de Mortalidad Fetal Tardía ligeramente mayor (29%) sobre la Mortalidad Neonatal Precoz (24%) en las gestantes que no recibieron control pre natal.

A mayor control pre natal los porcentajes son bastante menores tanto para la Mortalidad Fetal Tardía (21%) y Mortalidad Neonatal Precoz (18%). Hacemos notar que en el estudio retrospectivo la falta de datos fue de 9%.

GRAFICO NO 06

CONTROL PRE NATAL

MUERTE PERINATAL FETAL TARDIA NEONATAL PRECOZ



LEYENDA:

- ▨ MORTALIDAD PERINATAL
- ▤ MORTALIDAD FETAL TARDIA
- MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ

C.P.N. Control Pre Natal.

CUADRO No. 11

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989
ANTECEDENTES DE MUERTE PERINATAL

ANTECEDENTES	Total		Mortalidad Perinatal					
	No.	%	M.	F.	T.	M.	N.	P.
			No.	%	No.	%		
M.F.T.								
1 Natimuerto	20	11	13		12		07	10
2 Natimuertos	06	03	04		04		02	03
M.N.P.								
1 Muerto 1ra semana	13	07	07		07		06	08
2 Muertos 1ra semana	02	01	02		02		---	---
Sin antecedentes	89	50	56		52		33	45
Ignorado	50	28	25		23		25	34
TOTAL *	180	100	107		100		73	100

* Sin considerar 78 casos de primigestas.

En el presente cuadro se observa que el 22% de madres con Mortalidad Perinatal tuvieron como antecedentes sucesos similares. Sin antecedentes el 50% de las gestantes.

Nuevamente se encuentra un porcentaje significativo (28%) de carencia de la información en las historias clínicas.

CUADRO No. 12

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989

MORTALIDAD PERINATAL SEGUN PATOLOGIA INTERCURRENTE DEL EMBARAZO

INTERCURRENCIAS DEL EMBARAZO	Total		Mortalidad Perinatal					
	No. (1)	% (2)	M.	F.	T.	M.	N.	P.
			No.	%	No.	%		
Amenaza de parto prematuro	61	24	30		17		31	32
Hemorragias	39	15	23		14		16	16
Infecciones	36	14	26		16		10	10
Toxemias	35	14	21		13		14	14
Enf. Médicas	26	10	17		11		09	09
Otras	42	16	26		16		16	16
Sin patología	38	15	20		12		18	18
Ignorado	62	24	39		24		23	23

(1) Número de veces registrado.

(2) % sobre 258 casos de M.P.

En la tabla sobre Patología Intercurrente del Embarazo, se encontró que el 61% de las Muertes Perinatales presentaron alguna patología intercurrente y 31% se encuentra en el grupo de gestantes sin patología o de ignorado por falta del registro correspondiente en las historias clínicas.

En el primer grupo, predomina la Amenaza de Parto Prematuro con 24%, estando en segundo lugar las Hemorragias.

El mismo cuadro nos muestra que no existe diferencia entre la Mortalidad Fetal Tardía y la Mortalidad Neonatal Precoz con respecto a la intercurrentencia que ocupa el primer lugar.

CUADRO No. 13

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989

TIPO DE PARTO

T I P O	Total		Mortalidad Perinatal					
	No.	%	M.	F.	T.	M.	N.	P.
			No.	%	No.	%		
Cefálico	126	48.8	73	45	53	54		
Podálico	53	21	31	19	22	23		
Cesárea	78	30	56	35	22	23		
Fórceps	01	0.3	01	01	—	—		
T O T A L	258	100	161	100	97	100		

En el presente cuadro se observa que la Mortalidad Perinatal según el tipo de parto, el mayor porcentaje (48.8%) corresponde a los de presentación cefálica; nos llama la atención la Mortalidad Perinatal por Cesárea (30%), mayor que la mortalidad por presentación podálica (21%).

En la estratificación de la Mortalidad Perinatal observamos que tanto la Mortalidad Fetal Tardía (45%) y la Mortalidad Neonatal Precoz (54%) en los partos de presentación cefálica es mayor que en los partos por cesárea y podálicos.

258 - 100
126 - x

CUADRO No. 14

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989
LUGAR DE ATENCION DEL PARTO

LUGAR DE ATENCION	Total		Mortalidad Perinatal				
	No.	%	M.	F.	T.	M.	N. P.
			No.	%	No.	%	
Hospital	237	92	162	100	76	79	
Domicilio	12	05	---	---	12	12	
Clínica Privada	06	02	---	---	06	06	
Puesto de Salud	03	01	---	---	03	03	
T O T A L	258	100	161	100	97	100	

Analizando la Mortalidad Perinatal Hospitalaria, según el lugar de atención del parto, se encuentra que de las 258 defunciones el 92% aproximadamente procedieron de atención en el hospital de Tarapoto, y el 8% de atención de parto extra hospitalario.

Se registró 161 defunciones Fetales Tardías (100%) en el hospital de Tarapoto por ser el estudio intra hospitalario.

En relación a la Mortalidad Neonatal Precoz el 79% proceden de gestantes atendidas en el hospital y el 21% de gestantes atendidas en ambientes extra hospitalarios.

CUADRO No.15

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989.

PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO

PERSONA QUE ATENDIO	Total		Mortalidad Perinatal					
	No	%	M.	F.	T.	M.	N.	P.
			No.	%	No.	%		
Médico	85	33	59	37	26	27		
Prof.en Obstetricia	77	30	51	32	26	27		
Int. de Obstetricia	27	10	16	10	11	11		
Est. de Obstetricia	16	06	11	07	05	05		
Tec. de Enfermería	30	12	17	10	13	14		
Enfermera	05	02	05	03	---	---		
Sanitario	03	01	---	---	03	03		
Partera	12	05	---	---	12	12		
Ignorado	03	01	02	01	01	01		
T O T A L	258	100	161	100	97	100		

Analizando el cuadro No. 15 se observa que la Mortalidad Perinatal Hospitalaria según la persona que atendió el parto; en el 63% fueron profesionales (Médicos y Obstetrickes), el 16% internos y estudiantes de obstetricia; 12% técnicas de enfermería; y en porcentajes inferiores por enfermeras y sanitarios.

Correspondiendo así mismo a los profesionales porcentajes significativos tanto para la Mortalidad Fetal Tardía (69%), como para la Mortalidad Neonatal Precoz (54%).

CUADRO No. 16

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989.

MORTALIDAD PERINATAL SEGUN PATOLOGIA
INTERCURRENTE DEL PARTO

INTERCURRENCIAS DEL PARTO	Total		Mortalidad Perinatal					
	No(1)	%(2)	M.	F.	T.	M.	N.	P.
			No.	%	No.	%	No.	%
Parto Prematuro	94	36	47		29	47		48
Distocias del Parto	61	24	52		32	09		09
Sufrimiento Fetal	50	19	20		12	30		31
Hemorragias	47	18	38		24	09		09
Ruptura Prolongada de Membranas	29	11	22		14	07		07
Toxemia	20	08	15		09	05		05
Corioamnionitis	11	04	11		07	—		—
Otras	13	05	05		03	08		08
Sin Patología	06	02	—		—	06		06
Ignorado	27	10	17		11	10		10

(1) Número de veces registrado.

(2) Porcentaje sobre 258 casos de M.P.

En el presente cuadro observamos que en el 88% de la Mortalidad Perinatal, existe patología intercurrente durante el parto, ocupando los tres primeros lugares, el Parto Prematuro, Distocias del Parto, y Sufrimiento Fetal respectivamente.

Con respecto a la Mortalidad Fetal Tardía las Distocias del Parto es la primera patología intercurrente, el Parto Prematuro y las Hemorragias ocupan el segundo y tercer lugar; mientras que en la Mortalidad Neonatal Precoz el Parto Prematuro es la primera y el Sufrimiento Fetal es la segunda intercurrente desplazando al tercer lugar a las Distocias del Parto..

CUADRO No. 17

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989.

INTERVENCION DE ALGUNA PERSONA DURANTE EL TRABAJO
DE PARTO ANTES DEL INGRESO AL HOSPITAL

INTERVENCION	Total		Mortalidad Perinatal					
	No.	%	M.	F.	T.	M.	N.	P.
			No.	%	No.	%		
HUBO INTERVENCION	65	28	52	32	13	17		
Médico Particular	11	05	08	05	03	04		
Mé. Centro Salud	06	03	04	02	02	03		
Tec. de Enfermería	03	01	02	01	01	01		
Sanitario	12	05	11	07	01	01		
Partera	33	14	27	17	06	08		
NO HUBO INTERVENCION	81	34	45	28	36	47		
Ignorado	91	38	64	40	27	36		
T O T A L	*237	100	161	100	76	100		

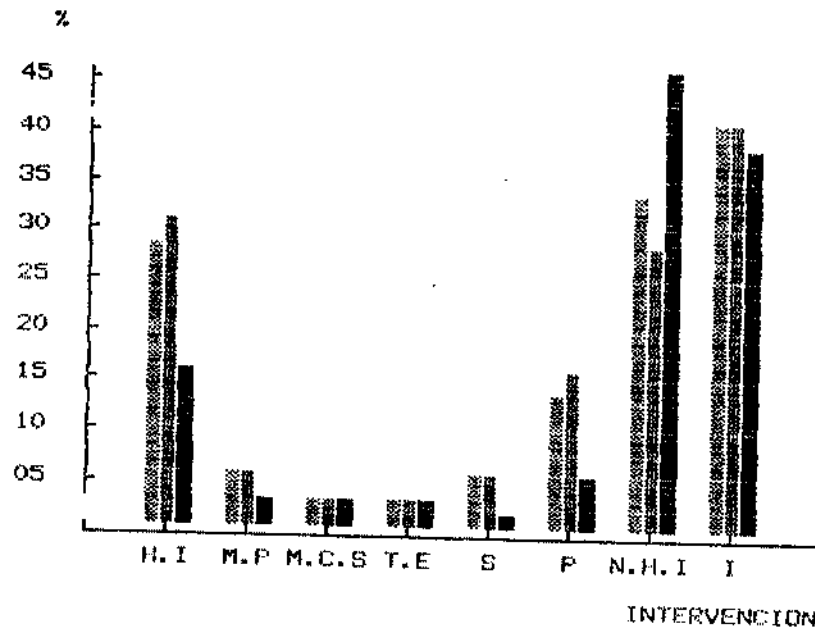
* Sin considerar 21 partos extrahospitalarios.

En el cuadro se aprecia que más de la cuarta parte de los casos (28%) de Mortalidad Perinatal registran intervención de alguna persona durante el trabajo de parto y antes del ingreso de la madre al hospital, siendo la intervención más registrada de la partera: 14%.

Observándose además que la intervención de la partera tradicional fue determinante para porcentajes muy superiores en Mortalidad Fetal Tardía (17%) aproximadamente y Mortalidad Neonatal Precoz (8%) en comparación a la intervención de personas del sistema formal de salud.

GRAFICA NO 07

INTERVENCION DE ALGUNA PERSONA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO ANTES DEL INGRESO AL HOSPITAL



LEYENDA:

- ▨ MORTALIDAD PERINATAL
- ▤ MORTALIDAD FETAL TARDIA
- MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ

- H.I= HUBO INFORMACION
- M.P= MEDICO PARTICULAR
- M.C.S= MEDICO CENTRO DE SALUD
- T.E= TECNICO DE EFERMERIA
- S= SANITARIO
- P= PARTERA
- N.H.I= NO HUBO INFORMACION
- I= IGNORADO.

CUADRO No. 18

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989.

SEXO DEL RECIEN NACIDO

s e x o	Total		Mortalidad Perinatal					
	No.	%	M.	F.	T.	M.	N.	P.
			No.	%	No.	%		
Femenino	122	47	83	52	39	40		
Masculino	136	53	78	48	58	60		
T O T A L	258	100	161	100	97	100		

La incidencia de Mortalidad Perinatal fue ligeramente mayor en el sexo masculino: 136 casos (53%); acentuándose la diferencia en la Mortalidad Neonatal Precoz que fue 20% superior a la del sexo femenino.

CUADRO No 19

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989.

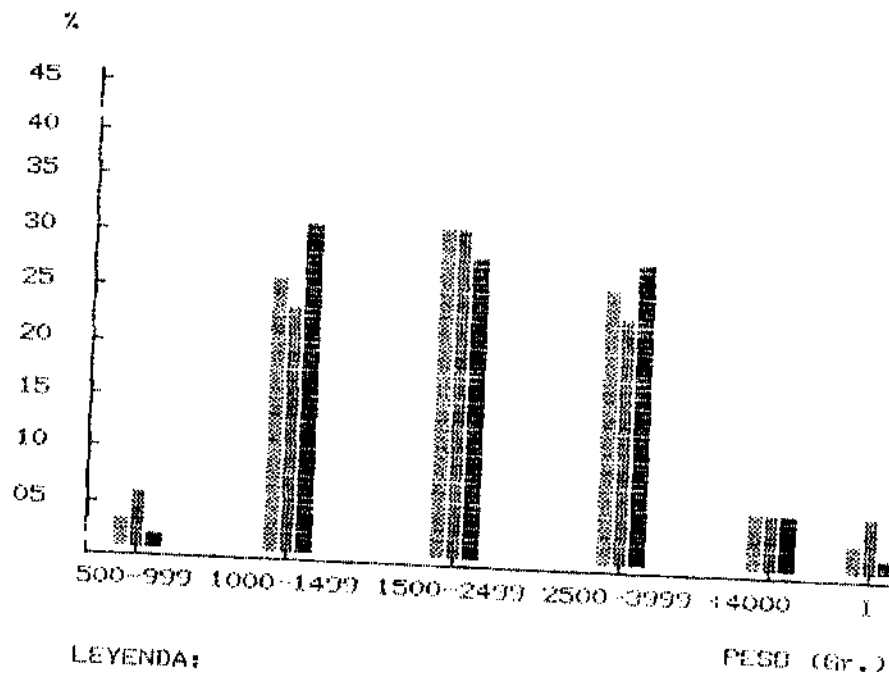
PESO AL NACER

P E S O	Total		Mortalidad Perinatal					
	No.	%	M.	F.	T.	M.	N.	P.
			No.	%	No.	%		
500 - 999 grs.	14	05	12	07	02	02		
1000 - 1499 grs.	71	27	39	24	32	33		
1500 - 2499 grs.	79	31	51	32	28	29		
2500 - 3999 grs.	65	25	38	24	27	28		
> 4000 grs.	17	07	10	06	07	07		
Ignorado	12	05	11	07	01	01		
T O T A L	258	100	161	100	97	100		

En el presente cuadro se observa que el 63% de la Mortalidad Perinatal en el quinquenio 1,985 - 1,989 lo constituyeron los recién nacidos menores de 2500 grs. de los cuales 14 casos (05%) de muy bajo peso (500 - 999 grs.), son considerados en el estudio por tener edad gestacional por amenorrea de 28 semanas para adelante, de los cuales 12 fallecieron en la etapa fetal tardía y 02 en la neonatal precoz.

La Mortalidad Neonatal Precoz fue superior en los recién nacidos cuyos pesos oscilaron entre 1000 - 2499 grs. (62%) sobre la Mortalidad Fetal Tardía (56%), apreciándose además en el grupo de 1000 - 1499 grs. acentuación del porcentaje de Mortalidad Neonatal Precoz sobre el grupo de 1500 a 2499 grs.

GRAFICA NO 08
 PESO DEL RECIEN NACIDO



LEYENDA:
 ■ MORTALIDAD PERINATAL
 ▨ MORTALIDAD FETAL TARDIA
 ■ MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ.

CUADRO No 20

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989.

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ
SEGUN APGAR AL MINUTO

A P G A R	T O T A L	
	No.	%
1 - 3 al minuto	27	28
4 - 7 al minuto	40	41
8 - 10 al minuto	11	11
Ignorado	19	20
T O T A L	97	100

La Mortalidad Neonatal Precoz está asociada a hipoxia de moderada a grave en el 69%.

CUADRO No. 21

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989
 EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO

EDAD GESTACIONAL	Total		Mortalidad Perinatal					
	No.	%	M.	F.	T.	M.	N.	P.
			No.	%	No.	%		
28 - 36 semanas	115	45	63	39	52	54		
37 - 41 semanas	108	42	76	47	32	33		
> 42 semanas	19	07	13	08	06	06		
Ignorado	16	06	09	06	07	07		
T O T A L	258	100	161	100	97	100		

En el presente cuadro observamos que la Mortalidad Perinatal está asociada a la inmadurez fetal en el 45%; cifra que se incrementa si se considera éste factor como causa de Mortalidad Neonatal Precoz (54%).

Se aprecia además que los recién nacidos a término presentan Mortalidad Fetal Tardía (47%) que los pre términos (39%).

CUADRO No. 22

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989
MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ POR EDAD GESTACIONAL
SEGUN APGAR AL MINUTO

EDAD GESTACIONAL	Total No. %	APGAR AL MINUTO							
		1 - 3		4 - 7		8 - 10		Ignorado	
		No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %		
28 - 36 semanas	52 54	15 56	26 65	07 64	04 21				
37 - 41 semanas	32 22	12 44	12 30	04 36	04 21				
> 42 semanas	06 06	---	02 05	---	04 21				
Ignorado	07 07	---	---	---	07 37				
T O T A L	97 100	27 100	40 100	11 100	19 100				

En el cuadro se aprecia que el Apgar bajo al minuto, está asociado con porcentajes mayores en recién nacidos de 28 - 36 semanas; constituyendo la hipoxia, factor determinante de la Mortalidad Neonatal Precoz.

CUADRO No. 23

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989

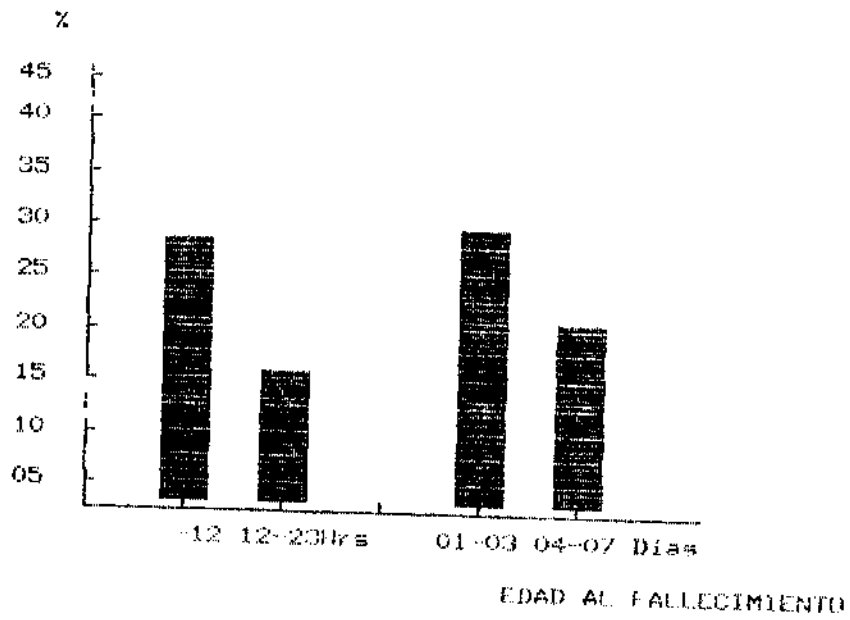
MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ POR EDAD AL FALLECIMIENTO

E D A D	Casos de Mortalidad Neonatal Precoz	
	No.	%
< - 12 horas	28	29
12 - 23 horas	18	18
01 - 03 días	29	30
04 - 07 días	22	23
T O T A L	97	100

Se aprecia en el cuadro, que la Mortalidad Neonatal Precoz fue de 47% en las primeras 24 horas con predominio en este grupo de los decesos ocurridos en las 12 horas post parto.

GRAFICA NO 09

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ POR EDAD AL FALLECIMIENTO



LEYENDA:

■ MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ

CUADRO No. 24

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989

MORTALIDAD FETAL TARDIA SEGUN
DIAGNOSTICO DE EGRESO

DIAGNOSTICO	Casos de Mortalidad Fetal Tardia	
	No.	%
Obito	116	72
Natimuerto	45	28
T O T A L	161	100

La Mortalidad Fetal Tardia según diagnóstico de egreso en el quinquenio 1,985 - 1,989, fue de Obito en el 72% de los casos y Natimueitos en el 28%.

CUADRO No. 25

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAPOTO. 1,985 - 1,989.

CAUSAS DE MUERTE

C A U S A S	Total		Mortalidad Perinatal				
	No.	%	M.	F.	T.	M.	N. F.
			No.	%	No.	%	No.
Asfixia, Anoxia, Hipoxia	87	34	66	41	21	22	
Prematuridad	40	16	26	16	14	15	
Infecciones	26	10	15	09	11	11	
Traumat. Obstétrico	25	10	21	13	04	04	
Sind. de Dificultad Respiratoria Idiopática	24	09	---	---	24	25	
Malformac. Congénitas	21	08	11	07	10	10	
Sind. de Aspiración Meconial	09	03	---	---	09	09	
No determinado	13	05	13	08	---	---	
Ignorado	13	05	09	06	04	04	
T O T A L	258	100	161	100	97	100	

Este cuadro muestra que la Asfixia fue la causa más frecuente de la Mortalidad Perinatal en el Hospital de Tarapoto en el quinquenio 1,985 - 1,989 con 34%, siguiendo la Prematuridad (16%), los Problemas Respiratorios (12%) y las Infecciones (10%). La Asfixia se incrementa a 41% como causa de Mortalidad Fetal Tardía, la Prematuridad (16%) y el Traumatismo Obstétrico (13%) ocupan los siguientes lugares.

En la Mortalidad Neonatal Precoz los Problemas Respiratorios (Síndrome de Dificultad Respiratoria (25%) + Síndrome de Aspiración Meconial (9%)) constituyen las causas más importantes; siguiendo la Asfixia 22%, Prematuridad 15%, las Infecciones 11% y las Malformaciones Congénitas 10%.

CUADRO No. 26

MORTALIDAD PERINATAL HOSPITAL TARAFOTO. 1,985 - 1,989.

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ POR APGAR AL MINUTO
SEGUN CAUSA DE MUERTE

CAUSAS DE MUERTE	Total		APGAR AL MINUTO							
	No.	%	1 - 3		4 - 7		8 - 10		Ignorado	
			No	%	No	%	No	%	No	%
Sind.de Dificul- tad Respiratoria Idiopática.	24	25	06	22	11	27.5	06	55	01	05
Asfixia, Anoxia, Hipoxia	21	22	07	26	10	25	---	---	04	21
Prematuridad	14	15	03	11	06	15	01	09	04	21
Infecciones	11	11	---	---	04	10	04	36	03	16
Malf. Congénitas	10	10	02	7.4	03	7.5	---	---	05	27
Sind. Aspiración Meconial	09	09	05	19	04	10	---	---	---	---
Traumat. Obst.	04	04	02	7.4	01	2.5	---	---	01	05
Ignorado	04	04	02	7.4	01	2.5	---	---	01	05
T O T A L	97	100	27	100	40	100	11	100	19	100

En este cuadro se aprecia la relación entre causa de Mortalidad Neonatal Precoz y Apgar al minuto; constatándose que las dos principales causas: Asfixia y Síndrome de Dificultad Respiratoria Idiopática, presentaron bajas puntuaciones de Apgar (1 - 7).

VI.- DISCUSION DE RESULTADOS

Es un hecho aceptado que en el Periodo Perinatal adquieren gran valor el conjunto de causas y sus interrelaciones, pues en esta etapa las defunciones pueden ser motivadas por factores pre natales (maternos o fetales), por factores relacionados con el parto, por factores post natales o por combinación de dos o más de ellos.

Estos factores algunas veces no son responsables de la Muerte Perinatal, pero si pueden ser causantes de la supervivencia de niños con graves secuelas en su desarrollo físico, mental y emocional (1; 13).

Si analizamos las causas de muerte, particularmente de los niños en los países sub

desarrollados veremos que el primer lugar está representado por las Afecciones Perinatales. En nuestro país, es cada vez más evidente que esta etapa de la vida es la más crítica y la que presenta mayores riesgos de enfermar y morir (5; 11).

La Tasa de Mortalidad Perinatal Hospitalaria encontrada en nuestro estudio fue de 29.7 x 1,000 nacidos vivos, existiendo un predominio de la Tasa de Mortalidad Fetal Tardía (18.5 x 1,000), sobre la Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz que fue de 11.3 x 1,000 nacidos.

Comparando nuestras Tasas de Mortalidad con la de otros Centros Hospitalarios del país, observamos que nos encontramos en un lugar intermedio (1; 16).

En el estudio, el 26% de la Mortalidad Perinatal lo constituyeron hijos de madres menores de 20 años y este factor tuvo mayor incidencia en la Mortalidad Fetal Tardía. En las madres en plena edad reproductiva, la influencia de este factor es más evidente en la Mortalidad Neonatal Precoz.

La Mortalidad Perinatal tiene estrecha relación con el nivel de atraso o desarrollo del país, son importantes los factores ambientales, socioeconómicos y educacionales, dado que influyen en las principales causas de Mortalidad Perinatal. Con respecto a la condición civil, tenemos que los mayores

porcentajes de Mortalidad Perinatal, se registraron en gestantes con estado social inestables (53%), lo que concuerda con la Dra. Wallace, quien afirma que la ilegitimidad es factor comprobado en la Mortalidad Perinatal (20).

El nivel de estudios superior de la madre está relacionado con un bajo porcentaje de Mortalidad Perinatal Hospitalaria (09%); en contraste con las madres cuyo nivel de estudio es inferior (5).

La relación que guardan la pobreza, los problemas sanitarios y la Mortalidad Perinatal, se evidencia en el estudio con una íntima relación entre la Mortalidad Fetal Tardía y el estado económico bajo (43%); a diferencia de la Mortalidad Neonatal Precoz en la que predomina la clase media con 51%.

La trabajadora del hogar, es decir, madres con trabajos que requieren mayor y más prolongado esfuerzo físico, son las que contribuyeron con un alto número de muertes perinatales en el estudio (150 casos) (5).

En el grupo de estudio, el 41% de la Mortalidad Perinatal Hospitalaria estuvo constituido por productos de madres de 2 a 4 gestaciones. Notándose además, que el segundo lugar lo constituyen las primigestas con el 30%. Contrario a éste, otros autores consideran que los índices de Mortalidad más altas se

dan en mujeres cuya paridad, sobrepasa los 5 partos anteriores y más (1; 5).

El intervalo intergenésico inadecuado también significó factor de riesgo preponderante, ya que el 33% de los casos fue menor de un año.

El uso de anticonceptivos analizado como variable de seguridad en las madres, no reporta mayor predominancia de tasas de mortalidad en los diferentes grupos.

Solamente bajo un programado y adecuado control durante la gestación hay la posibilidad de detectar un factor que signifique riesgo perinatal para controlarlo y evitar daño al producto. Pacientes con escasos controles en su gestación, sumaron el 45% de los casos, porcentaje que podría aumentar ya que en su mayoría, en las historias clínicas no se consigna el número de consultas realizadas, pudiendo considerarse como controlado un embarazo que solo ha tenido una consulta médica (1; 16).

Por otro lado, se ha registrado que el 11% de los casos estudiados reportaron antecedentes de Mortalidad Fetal Tardía y 7% de Mortalidad en la primera semana de vida.

De los 258 casos en estudio, el 52.7% de la Mortalidad Perinatal Hospitalaria procede de partos

eutócicos. Correspondiendo el 47.3% a partos distócicos, siendo la cesárea la de mayor incidencia; llama la atención el elevado número de ellas en los casos de Mortalidad Fetal Tardía. Esto explica que el mayor porcentaje de partos en la población en estudio, fueron atendidas por médicos, quienes por su formación profesional están capacitados para aplicar las alternativas de cirugía o instrumentación del parto, en los casos que lo requiera. No existiendo marcada diferencia con la atención de partos por profesionales en Obstetricia.

Debido a la Mortalidad Perinatal Hospitalaria es evidente la escasa presencia de la partera tradicional en la atención del parto, (5%).

Cabe recalcar que el estudio mostró que en el 28% de los casos hubo intervención en el proceso del parto, de alguna otra persona antes del ingreso de la paciente al hospital, lo cual significaría en muchos casos, variantes negativas en el proceso del parto (5).

Se registró una elevada incidencia de complicaciones durante el embarazo (en el 61% de los casos de Mortalidad Perinatal Hospitalaria); siendo las interurrencias más frecuentes durante el parto (83% de los casos), de los cuales las más registradas fueron el Parto Prematuro (36%), Distocias del Parto (24%) y Sufrimiento Fetal (19%) (5).

Al analizar el sexo de los recién nacidos, observamos que no hubo predominancia significativa de un sexo sobre otro, siendo ligeramente superior la mortalidad en el sexo masculino (1; 5; 13; 20; 21).

Es reconocido que el peso es la variable biológica de influencia decisiva en los niveles de Mortalidad Perinatal, lo que disminuye a medida que aumenta el peso al nacer del producto de la concepción, o sea es una relación inversamente proporcional (1; 13; 20). En la Mortalidad Perinatal Hospitalaria estudiada se halló que el 63% nacieron con peso inferior a 2500 grs. (recién nacido de bajo peso). Dentro de ellos hubo un alto porcentaje (32%), de recién nacidos con peso menor a 1500 grs. (muy bajo peso).

Otro aspecto importante, que debemos concluir es que en los años de 1,985 a 1,989, nacieron 14 niños con peso inferior a 1000 grs., los mismos que fueron considerados por registrar de 28 a más semanas de gestación (5; 16).

Las complicaciones obstétricas se reflejan en la vitalidad del recién nacido en el momento del nacimiento la que se evalúa mediante la puntuación de Apgar (1), magnífico indicador de asfixia intraparto. Es un hecho universalmente aceptado que los niños que nacen con Apgar bajo tienen menos posibilidades de supervivencia o pueden quedar con algún daño cerebral,

como lo sostiene la Organización Mundial de la Salud (9). Nuestros hallazgos confirman estos hechos, donde la Mortalidad Neonatal Precoz fue mayor en el grupo de Apgar: 1 a 7.

La Mortalidad Perinatal y la edad gestacional guardan también una relación inversamente proporcional, ya que mientras menor sea el tiempo de vida intrauterina del producto de la concepción, menores serán sus probabilidades para enfrentarse al medio externo y menor su probabilidad de sobrevivir (13). La mortalidad en tales circunstancias es muy elevada (45%). Así mismo, al cruzar estos resultados con la valoración del Apgar al minuto, se aprecia que el menor tiempo de gravidez está relacionado a los cuadros de hipoxia moderada-grave (puntaje Apgar inferior a 7).

La mayor incidencia de Mortalidad Neonatal Precoz se encontró entre las primeras 24 horas, con predominio en este grupo de los decesos ocurridos en las 12 horas post parto (21); esto se explica por los escasos recursos humanos especializados, así como también de recursos materiales propios de la especialidad.

De todos los casos de Mortalidad Fetal Tardía encontrados en el estudio, el 72% está representado por óbitos. Vale indicar que la mayoría de ellos ocurrieron antes de su ingreso al hospital.

Es indudable que existen problemas en relación con las causas de defunción perinatal, mas aún en nuestro Centro Hospitalario, que no cuenta con el equipo necesario para ello. En muchos casos no puede determinarse la causa más importante de defunción a menos que se lleve a cabo un examen anatómico patológico detallado (1).

La Asfixia está registrada como la causa más frecuente de Mortalidad Perinatal Hospitalaria en el estudio (34%). Este hallazgo concuerda con la bibliografía consultada (1; 5; 6; 20). En segundo lugar se encuentra la Prematuridad (16%), seguida de las Infecciones con el 10%. Relacionando éstas causas en la Mortalidad Neonatal Precoz con el Apgar al minuto, encontramos que la mayor incidencia se registró con puntajes de 1 a 7, para el Síndrome de Dificultad Respiratoria Idiopática y Asfixia, con 17 casos para ambos.

VII.- CONCLUSIONES

- 1.- Las Asfixias son el grupo de afecciones que con mayor frecuencia aparecen como causa principal de muerte en el Periodo Perinatal, seguidos en orden de frecuencia por la Prematuridad y las Infecciones.
- 2.- Las variables socio económicas y culturales reflejadas de alguna manera en el estado civil, ocupación, etc. coinciden en elevar los índices de Mortalidad Perinatal.
- 3.- El bajo peso al nacer constituye un factor de riesgo en el Periodo Perinatal, ya que contribuye a aumentar la Tasa de Mortalidad Perinatal.
- 4.- La puntuación de Apgar es el mejor índice de Asfixia Perinatal, demostrado por la alta prevalencia del índice de mortalidad en los grupos con Apgar bajo, el mismo que esta estrechamente relacionado con productos de gestaciones menores de 37 semanas.

- 5.- La Mortalidad Perinatal es mayor en los fetos o recién nacidos pre términos, cuyos índices disminuyen a medida que ésta aumenta.
- 6.- El grupo de mayor riesgo Obstétrico está dado por las mujeres menores de 20 años, asociados a intervalos intergenésicos cortos.
- 7.- La cantidad y la calidad de la asistencia pre natal influyen en la Mortalidad Perinatal, es decir, que a mayor número de controles y mejor calidad del mismo, disminuye el porcentaje de Mortalidad Perinatal.
- 8.- Existen aún deficiencias en el sistema de información de Mortalidad Perinatal en los aspectos siguientes:
- . Reglas de selección para determinar la causa principal.
 - . Información detallada sobre problemas presentados durante la atención pre natal y parto.
 - . Realización de un examen clínico patológico.
 - . Unificación de criterios al momento de emitir el diagnóstico y al llenar el certificado de defunción.
- 9.- El Hospital de Apoyo Integrado III IPSS Tarapoto es el que se encuentra implementado con mejores recursos humanos y materiales para la atención de

la gestante y del recién nacido, en comparación con los demás hospitales del Departamento de San Martín; sin embargo es preocupante la alta tasa de Mortalidad Perinatal (29.74) registrada en el quinquenio en estudio.

VIII.- RECOMENDACIONES

- 1.- Creemos que la contribución más importante de este estudio es establecer una política apropiada dirigida a mejorar nuestro servicios. El cuidado perinatal debe ser un recurso accesible a toda embarazada, además que el profesional de salud encargado de ella, deberá proseguir su entrenamiento, con el objeto de que los cuidados perinatales que preste sea de la mejor calidad.
- 2.- Incentivar la ejecución de Programas de Educación para la Salud, tomando como tema prioritario, la prevención de los problemas perinatales, proyectados a la madre, padre, familia y comunidad, así como al equipo de salud.
- 3.- Capacitación continua del personal profesional y no profesional, que interviene en la atención del parto y del neonato; en materia de perinatología.
- 4.- Estudiar las reglas de codificación para la Mortalidad Perinatal y formular recomendaciones que permitan una mejor selección de la causa principal, de muerte mediante la confección de La Historia

Clínica Perinatólogica Simplificada.

5.- Es importante remarcar la responsabilidad y coordinación del equipo Obstétrico y Neonatológico así como con los otros profesionales que tienen a su cargo a la madre y su producto con el fin de evitar los estados mórbidos que conducen a la Mortalidad Perinatal.

IX.- RESUMEN

Se presenta un análisis estadístico de la Mortalidad Perinatal ocurrida durante los años 1,985 - 1,989 en el Hospital de Apoyo Integrado III IPSS Tarapoto. Lapsó en el cual se produjeron 8512 nacimientos vivos, 161 muertes fetales tardías y 97 muertes neonatales precoces, todos con 1000grs. o más de peso al nacimiento a excepción de 14 casos encontrados, cuyo peso al nacimiento oscilaron entre 500 a 999 grs., pero que fueron registrados en el estudio por tener una edad gestacional por amenorrea de 28 semanas en adelante. En la mayoría de los casos se encontraron complicaciones maternas que explican las causas de la defunción fetal; la Amenaza de Parto Prematuro (24%), las Hemorragias (15%) y las Infecciones (14%), fueron las complicaciones de mayor incidencia durante el embarazo. Mientras que durante el parto, las interurrencias que con mayor frecuencia se presentaron son: Parto Prematuro (36%), Distocias del Parto (24%) y Sufrimiento Fetal (19%).

Las principales causas de muerte fueron las Asfixias con 34%, la Prematuridad con 15%, las

Infecciones y el Traumatismo Obstétrico con 10% cada uno. Del total de fallecidos, el 47% murió antes de las 24 horas de vida; asociados a hipoxia moderada a grave en el 69% de los casos (índice de Apgar).

De las muertes registradas el 45% correspondió a recién nacidos pre términos (28 a 36 semanas), de 37 a 41 semanas 42% y > a 42 semanas 7%. El 63% del total de nacimientos correspondió a recién nacidos de bajo peso.

Las madres con edades menores de 20 años, con un intervalo intergenésico corto (< 12 meses) y con un escaso control pre natal constituyeron el grupo de mayor riesgo obstétrico. Se encontró que en el 28% de los casos hubo intervención de alguna otra persona antes del ingreso de la madre al hospital.

La Tasa de Mortalidad Perinatal, fue de 29.74 x 1000 nacidos vivos; del cual 18.56 x 1000 nacidos vivos corresponde a Mortalidad Fetal Tardía y 11.39 x 1000 nacidos vivos a la Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz.

X.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- AVILA, O.J.; HONORIO, D.G; VASQUEZ, S.L.; ROSADO, B.J. 1988. Mortalidad Perinatal en el Hospital de Apoyo "La Caleta" de Chimbote. Diagnóstico. Lima, Perú. 22 (1): 10-16.
- 2.- BEHRMAN, R.E.; VAUGHAN, V.C.; NELSON, W.E. 1988. Nelson Tratado de Pediatría. 9 ed. Mexico, D.F. Interamericana. 1024 p.
- 3.- BRAVO, M.; CONTRERAS, T. 1987. Redacción Técnica. 2 ed. Tingo María, Perú. La Veloz. 90 p.
- 4.- CARRERA, J.M.; 1986. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Dexeus. 2 ed. Barcelona, España. Salvat. 519 p.
- 5.- CERVANTES, R.; WATANABE, T.; DENEORI, J. 1988. Muerte Materna y Muerte Perinatal en los Hospitales del Perú. Ministerio de Salud, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Organización Panamericana de la Salud. Lima, Perú. Arte Gráfica. 218 p.

- 6.- DIAZ, E.; 1984. *Pediatría Perinatal*. 2 ed. México, D.F. Interamericana. 541 p.
- 7.- DORAND, D.; 1977. *The Pediatric Clinics of North America. Symposium on the Newborn*. 3 ed. Philadelphia, London, Toronto. 3 v. 661 p.
- 8.- MENEGHELLO, R.J.; FANTA, N.E.; MACAYA, C.J.; GORIANO, P.H. 1985. *Pediatría*. 3 ed. Santiago, Chile. Publicaciones Técnicas Mediterraneo. 394 p.
- 9.- PERU. Ministerio de Salud. IMPROMI. 1972. *Manual de Normas y Procedimientos de Atención del Recién Nacido*. Lima. 1 ed. 69 p.
10. PERU. Ministerio de Salud. UNICEF. 1986. *Lineamientos Operativos para la Ejecución del Programa Especial de Supervivencia Infantil*. Lima. PROPACEB. 2 19 p.
- 11 RENGIFO, E.A.; 1983. *Responsabilidad de la Obstetrix en la Morbi-Mortalidad Perinatal*. VI Congreso Latinoamericano de Obstetricia. Lima, del 6 al 12 de Marzo. 10 p.
12. ROQUE, A.M. del C.; 1983. *Mortalidad Perinatal, causas múltiples*. Cuba, 1979. Administración en Salud. Revista Cubana. La Habana, Cuba. Octubre-Diciembre, 1983. 9 (4): 316-333.

13. SALDUN, M.L.; MORALES, A.; SALGADO, L.A. 1979. Mortalidad Perinatal, sus causas Médico Sociales y Medidas Profilácticas Básicas. V Congreso Panamericano de Pediatría - V Congreso de Sociedades Sud Americanas de Pediatría. Agosto, 1979. Lima, Perú. p. 554 - 555.
14. SCHAFFER, J.A.; AVERY, M.E.; MARKOWITZ, M.; FINBERG, L. 1974. Enfermedades del Recién Nacido. 3 ed. Mallorca, 49-Barcelona, España. Salvat. 958 p.
15. SILVA, H. 1984. Mortalidad Perinatal en el Hospital San Juan. Análisis Estadístico años 1980 - 1983. Diagnóstico. Lima, Perú. 14 (4): 101 - 105.
16. STIRRAT, M.G. 1983. Manual Clínico de Ginecología y Obstetricia. Trad. por Victor A. de la Garza Estrada. México. Libros MacGraw-Hill. 300 p.
17. TENOVUO, A.; KERO, P.; PIEKKALA, P.; KORVENRANTA, H. H.; ERKKOLA, R. 1988. Fetal and Neonatal Mortality of Small-for-Gestational-Age Infants: A 15 - Year Study of 381 cases.
18. URQUIZO, A.R. 1986. Mortalidad Perinatal en el Hospital San Bartolomé. Acta Médica Peruana Directiva del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú. Lima, Perú. XIII(4):50-51.

19. WALLACE, M.H. 1970. Factores Relacionados con la Mortalidad y la Morbilidad Perinatales. Clínicas Obstétricas Ginecológicas. Berkeley, California. p. 13 - 41.
20. ZEVALLOS, D.M. 1974. Mortalidad Perinatal en el Hospital "Materno Infantil San Bartolomé" periodos 1969 -1973. Tesis Peruana. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 70 p.

