

Informe epidemiológico

REVISTA MEXICANA DE
pediatría

Vol. 65, Núm. 6 • Nov.-Dic. 1998
pp 251-253

Mortalidad perinatal en un municipio de Quintana Roo, México en 1995 y 1996

Francisco Colón-Cuesta, Joaquín Calderón-Martínez, Ulises Reyes-Gómez

RESUMEN

Introducción. De las causas importantes de muerte perinatal están la asfixia neonatal, prematuridad, malformaciones congénitas relacionadas con falta de control prenatal y diagnóstico tardío de embarazo de alto riesgo.

Objetivo. Analizar la mortalidad perinatal en unidades de atención médica de primero y segundo nivel del municipio Othón Pompeyo Blanco, Quintana Roo.

Material y métodos. Se revisaron certificados de muerte perinatal en 1995 y 1996, correspondientes al área urbana y rural de un municipio del estado de Quintana Roo. Se obtuvo el lugar de la defunción, la atención prenatal, las consultas recibidas, las causas de defunción, la vía de nacimiento y las complicaciones perinatales.

Resultados. En el periodo se identificaron 148 fallecimientos; 112 en 1995 y 36 en 1996; 62.9% en instituciones de asistencia pública, 27.4% en las de seguridad social, 7.3% en clínicas privadas y 2.4% en el hogar; 47.4% tuvo complicaciones; 60% recibió atención médica; 85.9% fueron partos atendidos por médicos, 1.6% por enfermeras, 0.4% por parteras tradicionales y 13.6% paramédicos. Las tres primeras causas de muerte perinatal fueron asfixia intrauterina, interrupción de la circulación maternofetal e insuficiencia placentaria.

Conclusiones. La tasa de mortalidad perinatal fue de 10.2 x 1000; la mayoría de las mujeres fueron madres jóvenes y 65% de los neonatos fueron de bajo peso. Se requiere control prenatal adecuado; vigilancia del trabajo del parto y capacitación del personal en reanimación neonatal.

Palabras clave: Mortalidad perinatal, asfixia neonatal, prematuridad, malformaciones congénitas.

La mayoría de las causas de muerte perinatal en el Municipio de Othón Pompeyo Blanco Q.R., están asociadas a asfixia perinatal y prematuridad,¹ este hecho coincide con informes de otros países;² aún cuando cerca de 60% de las madres tienen atención prenatal, con un promedio de 2 a 3 consultas durante el periodo gestacional, es importante con-

SUMMARY

Introduction. Among the most important causes of neonatal death are: respiratory distress, prematurity and congenital malformations but it is important to know the causes in the place where we work in public health.

Objective. To analyze the neonatal mortality in Othon Pompeyo Blanco's Quintana Roo, in order to know the causes.

Material and methods. An exhaustive revision of death certificates from urban and rural areas was done. From these documents were collected; the place and circumstances about prenatal attention and the circumstances of the death around the birth.

Results. There were 148 deaths, 112 in 1995 and 36 in 1996; 62.9% in public institutions, 27.4% in institutions of social security, 7.3% in private clinics and 2.4% were at home; in 47.4% there were complications at the childbirth in 60% which received prenatal attention; at labor 83.9% received medical attention; 16% were attended by nurses; 0.9% traditional by midwife and 13.6% by no medical personnel. The three principal causes of perinatal death were: asphyxiation in the mother's womb; interruption of circulating maternal-foetal's blood; and placenta's insufficiency.

Conclusion. The rates of perinatal's deaths were: 10.2 by 1,000; the main frequency happened among 37-42 weeks pregnancies; 65% presented low weight. Is necessary to receive and appropriate prenatal control, intensive care of the childbirth, and capacitation in neonatal attention.

Key words: Neonatal mortality, respiratory distress, prematurity, congenital malformations.

siderar las muertes de niños recién nacidos de peso normal, como un indicador de la calidad de la atención del parto. Cuanto mayor sea la proporción de niños que muere por asfixia, cabe considerar que la población que demanda atención médica institucional es población abierta de escasos recursos económicos, y por otro lado, las instituciones de salud en el Municipio cuentan con infraestructura y equipamiento médico para atender estos casos y garantizar con ello la viabilidad del producto, pero están subutilizados, lo que explica el alto índice de muertes neonatales.

* Coordinación de enseñanza. Jurisdicción Sanitario No. 1, Servicios Estatales de Salud, Quintana Roo.

Es importante mencionar que hasta 1995 no se le había dado la importancia al programa de referencia y contrarreferencia que supone el envío de mujeres con embarazos de alto riesgo a las unidades de Segundo Nivel, sin pasar por alto una deficiente calidad de atención médica, aún en los embarazos de bajo riesgo. En este trabajo se informa, acerca de la mortalidad perinatal en el Municipio durante 1995 y 1996.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo, observacional y documental, de la mortalidad neonatal en las unidades de atención médica de primero y segundo nivel en el Municipio de Othón Pompeyo Blanco, Quintana Roo, en un periodo de dos años (1995-1996). El estudio se hizo también con la finalidad de conocer las causas de muerte neonatal en el ámbito urbano como rural, razón por la que la Jurisdicción Sanitaria No. 1, a través de la Coordinación de Enseñanza, implementó cursos de capacitación en reanimación neonatal, tanto para pediatras de instituciones oficiales, como a pasantes de medicina en su servicio social, enfermeras de unidades rurales y parteras tradicionales durante 1995 a 1996.

Para captar las muertes se revisaron los certificados de muerte perinatal en las oficialías del Registro Civil, tanto en el ámbito rural como en el urbano. Se registraron las defunciones ocurridas en los años ya señalados (1995-1996) identificándose 148 muertes; se extrajo la información y se transcribió en un cuestionario en el que se incluyeron los siguientes datos: nacimientos de acuerdo a la institución, calidad de la atención, referencia y contrarreferencia, características de las madres, edad gestacional, peso al nacer, complicaciones durante el parto, atención prenatal, atención perinatal, número de consultas, procedimientos para la extracción o expulsión, y causas de muerte perinatal.

RESULTADOS

En el periodo estudiado se identificaron 148 muertes, 112 en 1995 y 36 en 1996, mostrando que la capacitación en reanimación neonatal al personal de salud que atiende partos, permitió reducir la mortalidad.

De acuerdo a las instituciones de salud, donde se atendió el nacimiento de los niños, el porcentaje más alto de muertes neonatales correspondió a las instituciones de asistencia pública, con 62.9% (28.2% en 1995 y 15.3% en 1996 en el área urbana, y 18.6% en 1995 y 8% en 1996 en el área rural); las de seguridad social tuvieron 27.4%, las clínicas privadas 7.3% y en el hogar sólo hubo 2.4% (*Cuadro 1*).

Cuadro 1. Defunciones perinatales en Othón P. Blanco de acuerdo al lugar en que se atendió el parto (1995-1996).

	n (%)		n (%)
Asistencia pública	93 (62.9)	{	Área urbana 64 (43.5)
			Área rural 29 (19.4)
Seguridad social	41	(27.4)	
Clínicas privadas	11	(7.3)	
Hogar	3	(2.4)	

Fuente: Certificados de muerte perinatal. Jurisdicción Sanitaria No. 1. SSA Quintana Roo.

Cuadro 2. Algunas variables relacionadas con los neonatos fallecidos en el municipio Othón P Blanco, QR en 1995 y 1996.

Variables de estudio	1995	1996
<i>Edad de la gestación (semanas)</i>		
— Mínima	19.0	23.0
— Promedio	29.5	30.0
— Máxima	42.0	42.0
<i>Parto (%)</i>		
— Normal	33.3	47.1
— Complicado	47.8	32.4
— Se ignora	18.9	20.6
<i>Atención prenatal (%)</i>		
— Sí	62.2	55.9
— No	24.4	44.1
— Se ignora	13.4	—
<i>¿Quién atendió el parto? (%)</i>		
— Médico	82.0	94.1
— Empírica	11.1	3.0
— Enfermera	4.7	2.9
— Otro	2.2	—

Cuadro 3. Causas de muerte perinatal en el municipio Othón Pompeyo Blanco, 1995-1996.

Causa	n	%
Asfixia intrauterina	24	19.5
Interrupción de la circulación materno fetal	28	18.6
Insuficiencia placentaria	22	15.0
Sufrimiento fetal agudo (SFA)	17	11.5
Disfunción feto-placentaria	16	10.7
Hipoxia neonatal	14	9.7
Malformaciones congénitas múltiples	13	8.8
Ruptura prematura de membranas (RPM)	5	3.5
Síndrome de aspiración de meconio (SAM)	4	2.7

Fuente: Certificados de muerte perinatal Jurisdicción Sanitaria No. 1. SSA Quintana Roo.

La edad de las madres estuvo comprendida entre los 15 y 43 años; el promedio de escolaridad fue de 5.6 años de estudio y el nivel socioeconómico bajo. El grupo más numeroso fue el de las que tenían entre los 25 y 27 años de edad (mínima 15 y máxima 43). En cuanto al promedio de edad gestacional fue de 29.5 semanas (mínimo 19 y máximo 42). El peso de los productos en promedio fue de 2,105 g. (mínimo 325 g y máximo 5,100 g). Hubo predominio del sexo femenino y de productos de término, con peso y semanas de gestación adecuadas.

Hubo complicaciones en el 47.8% en el periodo estudiado; 60% recibió atención médica prenatal, y ésta fue considerada aceptable en el 62%, de acuerdo con los indicadores de salud reproductiva en que se evalúa la relación consulta real/consulta ideal.

En lo referente a las características de la atención prenatal en 1995 fue de 62.2%, en tanto que en 1996 disminuyó al 55.9%.

Los certificados de muerte perinatal permitieron ver que 83.9% de los partos fueron atendidos por médicos en las instituciones de salud, oficiales y privadas; 1.6% fueron atendidos por enfermera, el 0.9% por partera tradicional y el 13.6% por otro personal. Del total, el 22.3% se atendió en el medio rural y 77.7% en el medio urbano; 43.5% de los partos estuvieron complicados, 37% normales y en 19.5% no se informó en los certificados.

En 34.7% no se utilizó ningún procedimiento para la extracción o expulsión del producto; en 24.2% se obtuvo mediante operación cesárea; en 22.6% por otros procedimientos y el 18.5% no se reportó en los certificados. Parte de esta información aparece en el cuadro 2. Las causas de muerte perinatal fueron: asfixia intrauterina (19.5%); interrupción de la circulación materno fetal (18.6%); insuficiencia placentaria (15.0%); sufrimiento fetal agudo (11.5%); hipoxia neonatal (10.7%); disfunción feto-placentaria (9.7%); malformaciones congénitas múltiples (8.8%); ruptura prematura de membranas (3.5%) y síndrome de aspiración de meconio (2.7%) (Cuadro 3). La tasa de mortalidad perinatal fue de 10.2 por 1,000 nacimientos. La mayor frecuencia de embarazos fue de 37 a 42 semanas. El 35% de los productos tuvo un peso mayor de 2,500 g y el 65% menos de esa cantidad.⁴

DISCUSIÓN

La clasificación de la causa de muerte sugerida por Wigglesworth³ la cual considera cinco criterios, es bastante útil para analizar la calidad de la atención médica; sin

embargo, debido a que el índice de autopsias suele ser bajo en nuestros hospitales y las omisiones en el llenado de los expedientes es frecuente, la información necesaria para el control y seguimiento del binomio madre-hijo dificulta la obtención de datos sobre el trabajo de parto, el foco fetal, la frecuencia cardíaca, etc, con los que hubiera sido posible un análisis de alta concordancia.⁴

De este estudio se desprende la necesidad de establecer un control prenatal adecuado y una estricta vigilancia del trabajo de parto, para disminuir la mortalidad fetal.

El análisis de las causas que originan la muerte perinatal es un elemento valioso para mejorar la calidad de atención médica y nos obliga a actuar contra los factores predisponentes y concomitantes; consideramos importante su utilidad para sustentar la capacitación de los responsables de la atención del binomio madre-hijo, e incentivarlos a que informen a sus pacientes cuáles son las medidas de prevención adecuadas, concientizando a la población sobre sus condiciones reproductivas y fomentando el autocuidado de su salud.

Por otra parte, debe considerarse que los programas de salud reproductiva y el denominado: «En buen plan», deben impactar más en la población usuaria, interesándola y convenciéndola para llevar a cabo un control prenatal adecuado, a través de pláticas y folletos, pero más importante aún es concientizar al personal de los servicios de salud, acerca de los factores de riesgo perinatal y la importancia que tiene la capacitación continua en reanimación neonatal para disminuir la mortalidad neonatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tsao LY, Chen SN, Chang BL, Chaou WJ. Neonatal mortality and morbidity in a neonatal unit: impact of improved perinatal care in recent 10 years. Department of Pediatrics, Changhua Christian Hospital Taiwan. R.O.C. *Acta Pediatr Sin* 1995; 36: 405-10.
2. Cerón P, Reyes H, Bobadilla JL. Causas de muerte perinatal en instituciones de salud de la ciudad de México. *Bol Méd Hosp Inf Méx* 1991; 48: 785-92.
3. Wigglesworth J. Monitoring perinatal mortality. A pathophysiological approach. *Lancet* 1980; 2: 684.
4. De la Garza C, González MV. Muerte Perinatal. *Ginecología Obst Méx* 1995; 63: 186-89.

Correspondencia:
Dr. Francisco Colón-Cuesta
Circuito Campesino No. 5
Colonia Ampliación Campesina
77030 Chetumal, Quintana Roo. México
Tel. 91(983) 2-22-19
Fax. 91(983) 2-00-42