

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE ASPECTOS OBSTETRICOS EN LA MORTALIDAD PERINATAL

Drs.: A. LUDMIR G. (*) y L. TAVARA (**)

INTRODUCCION

Si el ser humano es el resultado de una simbiosis entre elementos genéticos y ambientales; si con ambientales, nos referimos al medio y extrauterinos; habría que concluir que el niño al momento de nacer, como bien decía Billar tiene ya una vejez de 9 meses. (6)

Al considerar entonces, el problema de la mortalidad perinatal, habría que estudiar balanceadamente los factores pre, intra y post natales; es decir este tipo de investigación requiere de trabajo en equipo del Ginecólogo-Obstetra, el Pediatra y Genetista, aún antes del nacimiento del infante.

El estudio de los diferentes factores, que juegan un papel en la probable muerte, permite considerar soluciones, con las cuales inevitablemente se consigue una reducción en las tasas de mortalidad y morbilidad neonatal.

En Chicago en 1931 la tasa de mortalidad fue de 42⁰/₀₀, en 1959 decreció a 20⁰/₀₀. Recordamos, por otro lado, que no sólo es la muerte el triste epílogo que se trata de evitar, sino también, el probable daño cerebral con su secuela de futuras anormalidades; epílogo injusto, muchas veces dependiente de una mala práctica o del desconocimiento de lo que hoy se considera como prevención.

En nuestro Departamento hemos querido hacer una evaluación de los resultados obtenidos por la línea de conducta establecida desde 1962 y su repercusión alrededor de la mortalidad perinatal. Dejando establecido que en lo referente a diagnósticos obstétricos utilizamos la nomenclatura internacional, lo que permitiría que nuestros índices, diagnósticos de natimortalidad sean bastante comparables con las estadísticas foráneas. En cambio la neonatimortalidad posiblemente tenga algún factor de error, desde que en la gran mayoría de los casos no sabemos qué pasa con los infantes después de su primera semana de vida. Por otro lado, nuestro número de autopsias gira alrededor de un 40⁰/₀₀.

(*) Médico Jefe Obstetricia-Ginecología Hospital San Bartolomé.

(**) Médico Residente, encargado de recopilar datos.

Consideramos esta exposición como preliminar, evaluando lo ocurrido en un año de trabajo hospitalario tomado al azar, con particular énfasis en los causales obstétricos de mortalidad perinatal, para que ello nos sirva de base en el sentido de posibles reajustes futuros. (11), (12).

MATERIAL Y METODOS

1.— **Material de trabajo:**

- a) Reportes mensuales obstétrico-pediátricos; de Mayo de 1967 a Abril de 1968.
- b) Evaluación de cada una de las historias correspondientes.

2.— **Definiciones:** Hemos adoptado las definiciones del Comité Salud Materno Infantil de la Asociación Médica Americana (***).

Se define como mortalidad perinatal la pérdida de vida, ocurrida antes, durante o inmediatamente después del parto.

Se considera como natimortalidad o pérdida **fetal tardía** la que ocurre después del lindero de lo que convencionalmente se considera como aborto, y que desde el punto de vista ponderal serían los 500 gramos de peso; se excluye de esta nomenclatura los casos de embarazo ectópico de mola y naturalmente por definición, los casos de aborto.

Se considera como **muerte neonatal** o muerte temprana del infante, la que ocurre desde después del nacimiento hasta los 28 días de vida extrauterina. Se denomina muerte neonatal precoz la que ocurre hasta los 7 días del nacimiento.

La tasa de muertes se relaciona al número de muertes por 1,000 nacidos vivos (1).

3.— **Métodos:** La sistemática de evaluación se ha encuadrado bajo los siguientes epígrafes:

- a) Incidencia e Incidencia Comparativa.
- b) M. P. en relación a la viabilidad fetal y al momento de ocurrida la muerte.
- c) De los neonatos: las horas post partum de ocurrida la defunción.
- d) Los causales generales y los llamados causales maternos.
- e) Las distocias como causales de muerte.

(***) "A guide for perinatal studies: Committee of Maternal and Infant Health, Chicago, American Medical Association".

- f) Los causales fetales y miscelánea.
g) La vía de culminación del parto, y la instrumentación, relacionadas con la M.P.

4.— **Exposición de Base:** Los causales de mortalidad perinatal, pueden ser maternos o fetales, muchas veces ambos se interrelacionan. La etiología puede ser endógena o exógena. Ordinariamente cada caso individual de muerte es el resultado de la suma de varios factores.

Para identificar los causales mayores debe siempre ser establecido el causal de fondo; por ejemplo: si la muerte fue debida a un Síndrome Respiratorio Idiopático, asociado con prematuridad, este último dependiente de un desprendimiento prematuro placentario.

5.— Debemos puntualizar el interesante hecho de que en nuestro Departamento existe el régimen de entrenamiento post grado, laborando 15 Residentes de acuerdo a rígidos cánones de conducta; la presente evaluación pues es el resultado de la evaluación de un sistema aplicado a diferentes individuos.

RESULTADOS, DISCUSION Y COMENTARIOS

Incidencia comparativa

CUADRO N° 1

	0/00
Austria	40.5
Canadá	31.5
Corea	90.6
Francia	34.0
Alemania (Federal)	44.0
Italia	46.2
Inglaterra	38.3
Japón	43.9
Suecia	28.4
U.S.A. (población blanca)	28.1
(población color)	44.5
(Vital statistics reports of the W.H.O. Vol. 13, 1960)	
San Bartolomé (Lima-Perú) (1967-1968)	29.8

Observamos en este cuadro, que las cifras de M.P. en San Bartolomé, son bastante comparables a los países de avanzada.

Muchas de las cifras señaladas en el reporte de la W.H.O. son extemporáneas posiblemente sean menores en la actualidad.

Podríamos suponer que muchos de los complejos factores condicionantes de la pérdida feto neonatal, han logrado ser controlados a nivel de nuestro hospital; merced seguramente a la conducta profiláctica, señalada en el Libro de Procedimientos, desde el inicio de nuestras labores en 1962 y actualizados en 1968 y 1969.

H.M.I.S.B.

Incidencia mortalidad perinatal

CUADRO N° 2

(Mayo 1967 a Abril 1968)		
Total de Partos	4,196	100 %
Mortalidad Perinatal	125	2.98 %
VARIACIONES MENSUALES		
		%
Mayo	1967	2.2
Junio	"	2.34
Julio	"	5.3
Agosto	"	4.25
Setiembre	"	3.77
Octubre	"	2.92
Noviembre	"	2.55
Diciembre	"	3.27
Enero	1968	1.47
Febrero	"	3.2
Marzo	"	1.62
Abril	"	3.0

Las variaciones observadas cada mes, son dependientes del que los causales maternos o fetales, se han presentado con variables incidencias durante los meses del año; ello naturalmente, no tiene importancia significativa, ya que lo que interesa estadísticamente es el promedio anual.

Por otro lado, no parece haber influencia directa de las estaciones del año sobre la incidencia; por lo menos en el grupo estudiado.

Podríamos argumentar también que desde el punto de vista del personal Médico, la actuación de cada uno de los grupos de Residentes que actúan rotativamente, es bastante similar y sin alejarse ostensiblemente en determinadas normas Obstétricas.

M.P. en relación al peso del infante

CUADRO N° 3

A término	51	}		40.8 %
Prematuro "A"	12		9.6 %	
Prematuro "B"	25		20 %	
Prematuro "C"	21		16.4 %	59.2 %
Inmaduro	16		13.2 %	
T O T A L	125			100 %

Se observa que la mayor porcentualidad de muertos ocurrió en el grupo de prematuros. Siendo la incidencia mayor en los de menor peso. Ello está de acuerdo con lo establecido en estadísticas foráneas (2).

Es indiscutible, que la **prematuridad**, es uno de los más frecuentes factores desencadenantes de muerte (2). Constituye uno de los mayores riesgos en las diferentes complicaciones del embarazo. Las normas instituidas en el Departamento, se dirigen precisamente, a **evitar la prematuridad**, tratando de llevar el embarazo a la mayor extensión cronológica posible. Es la conducta que se sigue por ejemplo:

a) **En toxemias del embarazo**, entidades que con mayor frecuencia condicionan partos prematuros: espontáneamente, o por indicación facultativa, frente a un caso que no responde al tratamiento. En este tipo de patología se ha avanzado bastante un punto de vista preventivo en San Bar-lomé; es así como nuestra incidencia la logramos ver reducida a un 3.85% y a predominio de las formas leves (1962 a 1967) habiendo solo tenido 0.09% de casos de eclampsia en el total de dichos años (12 casos).

Tenemos la impresión que aún podríamos reducir más la incidencia de este problema; y probablemente lograremos desaparecer la toxemia convulsiva. (4), (10).

b) En embarazos **múltiples**, a los cuales se les hospitaliza tempranamente (máximo al octavo mes).

- c) En los cuadros **hemorrágicos** del tercer trimestre, aún frente a la duda diagnóstica de si se trata o no de una localización anormal de placenta, se les hospitaliza de inmediato, **no** efectuándose tactos, a menos que se esté frente a hemorragia copiosa, en cuyo caso el tacto se efectúa en Sala de Operaciones, y con el equipo adecuado listo para una inmediata intervención. Otro tanto se sigue como conducta, frente a un probable desprendimiento placentario prematuro. Lógicamente, aún con hemorragia discreta, si hay evidencia actual de hipoxia fetal, la conducta necesaria será más activa (3), (8).
- d) **La ruptura prematura de membranas**, cuya posible causa es desconocida, por lo regular es dependiente de:
- 1) defectos en las membranas, 2) incompetencia cervical, 3) infección en el tracto ginecológico bajo, 4) embarazo múltiple, 5) hidramnios, 6) mal presentación o desproporción.
- Nuestra conducta en estos casos, si se está cerca al término con feto viable, es el madurar el cuello para la inducción del parto, de fallar la misma se procede a la vía alta. Conducta más activa e inmediata se lleva a cabo en el caso de presentarse un problema intercurrente, por ejemplo prolapso de cordón o infección endouterina (9), (15), (16).
- e) **La diabetes**, otro proceso que puede acompañarse de prematuridad o por inicio de trabajo de parto prematuro o por la política del profesional en el sentido de interrumpir la gestación, antes que sobrevenga la muerte intrauterina.
- Hacemos mucho énfasis en el cuidado de estos casos (7), (14).
- f) **La infección del tracto urinario**, condicionan con frecuencia parto prematuro, muerte fetal o morbilidad materna. En estudios bacteriológicos de nuestro Servicio, se demostró que los gérmenes más frecuentes fueron: E. Coli, Proteus Vulgaris y otros gérmenes gram negativos. Es política del Servicio el diagnóstico temprano y el tratamiento específico por largo tiempo. Es discutible si las bacteriurias asintomáticas en el embarazo puedan ser causales de parto prematuro. No ha sido esa nuestra experiencia (9).
- g) **El hidramnios**, se asocia con alto porcentaje de partos prematuros, de descartarse malformaciones congénitas (40-50% de los casos) es preferible llevar la gestación lo más adelante posible.
- h) **Las disendocríneas**, (hiper e hipofunción Tiroidea, Hiperplasia Adrenal; etc.) son tratadas en forma convencionalmente activa, una vez instaurado el diagnóstico.

- i) **La eritroblastosis fetal**, es por lo regular un causal iatrogénico de prematuridad cuando el facultativo se ve en la necesidad de la interrupción del embarazo por estar frente a un cuadro de isoimmunización progresiva.
- j) Causales **iatrogénicos** de parto prematuro son los casos donde electivamente se debe interrumpir el embarazo; lamentablemente a veces se yerra en cuanto al posible peso fetal, y otras tantas se puede dejar de diagnosticar un embarazo múltiple, cuando se plantea inducción o intervención alta; sin embargo, hay oportunidades en donde se prefiere el riesgo de la prematuridad al de un riesgo mayor por ejemplo en un caso de abrupcio placenta mayor, una isoimmunización marcada o previa cesárea con posible dehiscencia de cicatriz.
- k) En cuanto al factor del **bajo nivel socio económico y nutritivo**, como causal de prematuridad parece que ha sido compensado en parte en nuestra población hospitalaria mediante el control pre-natal temprano y las indicaciones pertinentes durante el mismo. Es interesante consignar que nuestro porcentaje de partos prematuros de 1962 a 1968 ha sido de : 3.9. Frente al caso de un parto prematuro en trabajo de parto, nuestra **línea de conducta** es la siguiente:
- 1) No utilizar sedantes, analgésicos, y evitar la anestesia general.
 - 2) Glucosa al 5% en agua (venoclisis), para la madre.
 - 3) Mantener alta concentración de niveles sanguíneos de O₂ mediante oxigenación materna constante e intermitente.
 - 4) Parto espontáneo o a veces fórceps profiláctico siempre bajo episiotomía.
 - 5) Como anestesia: Block pudendo o infiltración perineal.
 - 6) Mantener al recién nacido tibio, ligando el cordón en la forma convencional del Servicio.
 - 7) Asistir al establecimiento de la respiración: aspiración adecuada.
 - 8) Poner al infante lo más rápidamente posible en incubadora y bajo control del pediatra (2), (3), (13).

Ocurrencia de la muerte fetal

CUADRO N° 4

Pre partum	43	34.4 %	}	48.0 %
Intra partum	16	13.6 %		
Post partum	66			52.0 %
T O T A L	125			100 %

En el cuadro se observa un cierto **equilibrio** entre la porcentualidad de **natimuer-
tos** (pre e intra partum) con los **neonatos** (post partum) con discreto predo-
minio de estos últimos.

En el reporte americano del Servicio de Salud Pública de 1957 señalan:

Tasa

12.3 % de natimue-
tos

16.1 % de neonatos

28.4 % (1)

Mortalidad neonatal. - H. S. post partum

CUADRO Nº 5

Horas	Nº de casos	%
0 — 12	16	24.24
13 — 24	12	18.18
25 — 36	2	3.03
37 — 48	3	4.54
49 — 72	1	1.5
Más de 72	4	6.06
Desconocido	28	42.42
T O T A L	66	100

Se observa claramente que la Neo natimortalidad en nuestro estudio, fue mu-
cho mayor en las primeras 12 hs. de vida, disminuyendo progresivamente des-
de las 24 hs. para adelante. La cifra señalada como "desconocida" debe agre-
garse a las primeras 36 hs. porque si bien no hubo aclaración exacta del
momento del fallecimiento en Pediatría, ella ocurrió definitivamente en este
temprano período.

Señala el reporte del Servicio de Salud Americano las siguientes cifras en cuan-
to a cronología de muerte neonatal:

Menos de 24 hs.	50.8 %
1 día	15.0 %
2 días	9.8 %
3 días	5.2 %
4 días	3.1 % etc., etc., (2), (15), (17)

Causales generales de mortalidad perinatal

CUADRO N° 6

Causas	N° de casos	%
A.— Distocias	20	26.3
B.— C. Maternas	15	12.0
C.— Hemorragias	16	12.6
D.— C. Fetales	46	36.6
E.— C. Pediátricos	18	15.1
F.— C. Hospitalarias	3	2.2
G.— Otras	7	5.2
T O T A L	125	100

Los tres primeros Grupos (A-B y C) del cuadro han sido deliberadamente expuestos conjuntamente porque dichas causales son los que con mayor proporción dependen de la actuación del Obstetra.

A.— Distocias

CUADRO N° 7

Tipo de distocia	Niños a término	Prematuros "A"	Prematuros "B"	Prematuros "C"	Inmaduros
	N° de casos	N° de casos	N° de casos	N° de casos	N° de casos
De Contracción	2	1	0	1	0
De Canal	0	0	0	0	0
Feto	1	0	0	0	0
Funicular	3	2	3	1	0
Presentación	3	0	0	0	0
Situación	1	1	1	0	0
Posición	0	0	0	0	0
Deflexión	0	0	0	0	0
De partes Blandas	0	0	0	0	0
T O T A L	10	4	4	2	0

Observamos que el porcentaje de distocias como causal de muerte, ha sido relativamente bajo (16.3% del total). Distocias de contracción hubo sólo en 2 casos (parto prolongado en infante a término) probablemente esta cifra baja se deba

a la preparación psicoprofiláctica de la gestante y por la sistemática conducción del parto.

Las distocias funiculares que condicionaron muerte, fueron circulares dobles en 2 casos y presencia de nudo verdadero en el tercero.

No hubo muertes por **prolapso de cordón**; lo que indica que la conducta frente a ese problema está bien dirigida.

En cuanto a los 3 casos de muerte en presentación podálica se podría comentar que el Obstetra Ginecólogo corre un riesgo frente a esta mal presentación; la misma que obliga a una conducta dependiente de tino, capacidad y perspectiva profiláctica. La incidencia de parto podálico en nuestro Departamento entre los años 1962 al 1967 ha sido de 3.19% y una mortalidad perinatal corregida de 3.9%.

En el Departamento se sigue un lineamiento concreto en estas presentaciones, basada en ciertos parámetros que constan en el Libro de Procedimientos (12).

Las distocias como causal de muerte en nuestros prematuros fueron del Grupo de las distocias **funiculares**.

B.— Causales maternos

CUADRO N° 8

Causas	N° de casos	%
Toxemia	6	40
Rh. Negativo (Isolnmum)	4	26.8
Infección (Corioomniotitis)	3	20
Diabetes	1	6.6
Infartos Placentarios	1	6.6
T O T A L	15	100

Consideramos como causales maternos, las enfermedades crónicas, toxemias, metabólicas, etc. o sea todo proceso o entidad congénita o adquirida por la madre y que pueda condicionar epílogo fatal.

Entre estos factores la Toxemia ha sido la desencadenante del mayor número de defunciones.

En N. Y. en 1956, observan que causales dependientes de la madre constituían el 12.4% del total de **natimuertos** de los cuales el:

a.— 5.6% se debía a toxemias.

b.— Un 39.4% de natimueertos dependientes de **causales fetales, de placenta o del cordón**, y

c.— Un 48.2% no se logró definir causa.

En cuanto a **neonatomortalidad** en el mismo reporte señalan la prematuridad como causal del 37.3% de muertes:

Trauma Obstétrico	10.7 %
Anormal Congénitos	10.2 %
Enf. propias del recién nacido	9.4 %
Asfixia Post natal y atelectacia	27.6 %
Respiratorio	3.5 %
Otros	1.4 % (1), (17)

En la evaluación de nuestra casuística, no hemos tenido casos de muerte dependiente de toxoplasmosis, Listeriosis, Lúes o TBC entidades estas que han motivado muchas publicaciones como causal de pérdidas fetales, incluso en nuestra sede.

Observamos también cuan baja es la incidencia de mortalidad por corioamniotitis, Diabetes e Isomunización.

En cuanto a Diabetes complicando el embarazo, Padowitz señala un 13.4% de Mortalidad Perinatal - Paton 14.3% y en San Bartolomé en un estudio de 1962 al 1966: 12.5% (8), (14).

C.— Las hemorragias

Las hemorragias del tercer trimestre son señaladas por muchos autores como condicionantes de anoxia y bajo ese epígrafe se catalogan las muertes.

En E. U. como señala Davis la causa más importante de anoxia, durante el embarazo, parto y puerperio es el desprendimiento prematuro placentario (3). En nuestra casuística constituyó uno de los más importantes causales; en una evaluación efectuada en ese sentido en los años 1964-1965 sobre 7,934 partos tuvimos los siguientes resultados:

	Casos	M.P.
Placenta Previa	37 (0.58 %)	3 casos
D.P.P.	19 (0.23 %)	5 casos (8)

Nuestra conducta en relación a las hemorragias está señalada en el Libro de Procedimientos. La tendencia es a postponer el tratamiento definitivo (interrupción del embarazo) mientras que no halla problema inmediato para la madre.

Causales Iatrogénicos

La inducción del parto es un procedimiento que se ha popularizado, pero que desgraciadamente muchas veces se efectúa por conveniencia del médico o del paciente más que por necesidad; ello puede condicionar anomalías en el parto o al aumentar el tono del útero puede presentarse anoxia fetal.

Nosotros no hemos tenido muertes por este concepto ya que las indicaciones y técnica de inducción son rígidamente seguidas en el Servicio.

El uso insidioso de **drogas analgésicas** puede producir distocias de contracción e hipoxia fetal, nosotros administramos analgesia al inicio de la fase de aceleración y la evitamos en las 4 últimas horas del parto. En cuanto a anestesia hemos hecho mención de nuestra preferencia por el block pudiendo; como agente anestésico preferimos la raquídea si es que el caso particular lo permite. Parece ser que los anestésicos por inhalación deprimen los movimientos respiratorios intrauterinos del feto, la que interferiría con el establecimiento de una respiración normal al nacimiento.

En cuanto al llamado **trauma obstétrico** como causal de muerte ha sufrido una dramática reducción como factor de mortalidad desde que prácticamente ha desaparecido la versión y extracción por maniobras internas (excepto en el 2º de gemelos) y desde que se tiene un gran cuidado frente a la presentación podálica prefiriéndose siempre, en el caso de convenir la vía vaginal: la llamada asistencia parcial (2), (3), (16).

D.— Causales fetales

CUADRO Nº 9

Causa	Nº de casos	%
Malformaciones congénitas	11	23.8
Prematuridad	35	76.2
T O T A L	46	100.0

En los últimos 20 años ha habido una evidente disminución de muertes por malformaciones, se habla hasta de un 25% de disminución probablemente por el mayor cuidado y control de las virosis durante el inicio del embarazo y la prohibición de drogoterapia o agentes físicos en el primer trimestre del embarazo. En cuanto a la prematuridad ya habíamos señalado que en nuestra casuística también era el causal más frecuente de M.P. y señalamos los pasos que desde el punto de vista preventivo habíamos dado en San Bartolomé.

Podríamos solo agregar que el infante debe respirar adecuadamente inmediatamente al nacer, todos los infantes lo harán si es que son normales y suficientemente maduros; los infantes con "membrana hialina" y atelectasia de resorsión, generalmente, respiran inmediatamente al nacer, pero entran en dificultades minutos u horas después y si continúa la dificultad respiratoria mueren usualmente a las 48 horas. Esta condición es más frecuente en los prematuros y sobre todo los nacidos por intervención cesárea (3), (14).

G.— Otros causales

CUADRO N° 10

Causa	N° de casos
Ca. Cérvix	2
Shock anafiláctico intrapartum	2
Incompetencia O I	3
T O T A L	7

Los casos de muerte por Ca. y por incompetencia que se observan, en realidad la muerte se debió también a la prematuridad de los infantes.

CUADRO N° 11

Vía de culminación del parto

Vía	A Término		Prematuros		Total
	N° de casos	%	N° de casos	%	
Vaginal	43	41.74	60	58.25	103
Cesárea	8	36.35	14	63.63	22
T O T A L	51	40.80	74	59.20	125

Partos vaginales instrumentados

Instrumento	N° de casos
Fórceps (bajos: 5 fueron de entrenamiento)	7
Mallmstrom (la muerte no dependió del procedimiento)	4
T O T A L	11

Observamos que la mayoría de las muertes ocurrieron en partos vaginales 103 casos (82.4%) y 22 casos (17.6%) por vía cesárea.

En ambos casos predominó la prematuridad. Llama la atención por ser digno de solución y reajuste, el hecho que en los casos de cesárea hubo casi el doble de muertes por prematuridad que por infantes a término.

En cuanto a partos instrumentados parece ser que las rígidas normas del Servicio se mantienen a pesar de la continua rotación de Residentes.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Ha motivado esta comunicación el deseo de observar los resultados de la tónica obstétrica de conducta preventiva en el Hospital de San Bartolomé en relación a la Mortalidad Perinatal. Para ello se toma al azar un año de trabajo, mayo 1967 a abril 1968 y sistemáticamente se estudian los causales de muerte perinatal.

- 1.— Se establece que en cuanto a nomenclatura nos ceñimos a lo dictaminado por el Comité de Salud Materno Infantil de la Asociación Médica Americana.
- 2.— Se deja constancia que los diagnósticos de muerte han sido mucho más precisos en el capítulo de los llamados natimueertos que el de neonatos; ya que el porcentaje de autopsias han girado alrededor de un 40%.
- 3.— Se puntualiza que la presente evaluación no es el resultado de trabajo de un solo individuo, sino de un sistema aplicado a diferentes individuos (Residentes).
- 4.— El porcentaje de natimortalidad perinatal 1967 a 1968 ha sido por mil nacidos vivos: 29.8%.
- 5.— La prematuridad ha sido el factor predisponente más frecuente en lo que a mortalidad perinatal se refiere: 59.2%.

Se aclara en ese sentido, que desde el punto de vista obstétrico la idea preventiva es el disminuir la prematuridad; para ello es conducta en el Departamento, cuidados bajo ciertos cánones establecidos en el Libro de Técnicas y Procedimientos, sobre todo en los casos de: embarazos múltiples, hemorragias del tercer trimestre, disendocrinias, ruptura prematura de membranas, toxemias del embarazo, eritroblastosis fetal, infección del tracto urinario y otros cuadros infecciosos, hidramnios, causales iatrogénicos, etc., etc.

En San Bartolomé el porcentaje de partos prematuros de 1962 a 1968 fue de 3.9%. Se establece la conducta seguida frente al caso del parto prematuro puntualizándose también, lo que el facultativo pueda hacer en relación al bajo nivel socio económico y nutritivo como causal de prematuridad.

- 6.— La ocurrencia de muerte fetal fue de un 48% de natimueertos (pre e intra partum) y 52% de neonatos (post partum).
- 7.— En relación a la mortalidad neonatal en cuanto a las horas de ocurrencia post partum, fue mucho más ostensible en las primeras 24 horas (alrededor del 50%). Ello está de acuerdo a los hallazgos que establecen los datos estadísticos foráneos.
- 8.— Nuestra evaluación sobre los causales generales de mortalidad perinatal dieron los siguientes resultados:

a) Causas fetales (anormalidad congénita, prematuridad)	36.6%
b) Distocias	16.3%
c) Causales Pediátricos	15.1%
d) Causales maternos	12%
e) Hemorragias	12.6%
f) Causales Hospitalarios	2.2%
g) Misceláneas	5.2%

De los causales maternos (toxemias, izcimmunización, infecciones, diabetes, etc.) el más frecuente fue la toxemia: 40% del total de causales.

- 9.— Se establecen algunas consideraciones en relación a la profilaxis de la toxemia, de las hemorragias del tercer trimestre, la inducción del parto, la analgesia y anestesia obstétrica.
- 10.— Se aclara también que se ha logrado que el porcentaje de toxemia en nuestro Nosocomio sea relativamente bajo: 3.85% (1962 a 1967). Habiéndose presentado en el curso de esos 6 años solo 12 casos de eclampsia.
- 11.— En lo referente a las distocias (16.3% del total) en infantes a término: 3 casos fueron por presentación podálica y 3 casos por distocias funiculares. La distocia que predominó en los prematuros como causal del éxito fue la distocia funicular.
- 12.— En cuanto a la vía de culminación del parto en relación a mortalidad; en el 41.74% de los infantes **a término** el parto fue por vía vaginal y el 36.35% por cesárea.

En los **prematuros**: el 63.63% culminó por vía alta y el 58.25% por vía vaginal; se hacen disquisiciones al respecto y se discute las proyecciones futuras.

- 13.— En lo referente a la instrumentación relacionada con el problema mortalidad, tanto por fórceps como por malimstrom, la porcentualidad de relación entre el uso del instrumento y la muerte ha sido sumamente baja. Se discute lo infrecuente del trauma obstétrico como causal.

Dejamos establecido que las consideraciones obstétricas anotadas en este trabajo y en la forma como el mismo ha sido llevado a cabo, nos sirvan en primer lugar a nivel local para efectuar eventuales reajustes en lo referente a diferentes técnicas y procedimientos; y en segundo lugar, esperamos que sirva esta exposición como incentivo, para que otros Centros Hospitalarios efectúen evaluaciones semejantes con fines comparativos.

SUMMARY

Perinatal mortality at the mother and child Hospital "San Bartolomé" located in Lima, Perú, during the year may 1967 to april 1968 is reported. The PN mortality rate was 29.8⁰/₀₀. Highest PN mortality occurred amongst "premature" babies: 59.2%. Toxemia was the most important (40%) of the maternal causes of PN mortality. Prevention of "prematurity" and toxemia should then help to further reduce PN mortality.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— ABRAMSON, HAROLD: Resuscitation of the Newborn Infant The C.V. Mosby Co. 1960.
- 2.— BABSON, GORHAM & BENSON, RALPH: Primer on Prematurity and high-risk Pregnancy. The C.V. Mosby Co. 1966.
- 3.— DAVIS, E.M.: Survey of Clinical Factors in Prevention of Perinatal Mortality after period of Viability. *Clín. Obst. & Gyn.* 4: 417, 439. 1961.
- 4.— FRIEDBERG, V.: Perinatal Mortality of the Newborn in pre-eclampsia. *Yearbook of Obst. & Gyn.* 1965-66. Yearbook Med. Publishers, Chicago.
- 5.— LARCO, EORIS: Parto Podálico en el H.M.I.S.B. Tesis de Bachiller, 1969.
- 6.— LELONG, M., LEPAGE, F., ROSSIER, A.: El recién Nacido. Ediciones Toray S.A. Barcelona, 1964.
- 7.— LUDMIR, A.: Curso de Perfeccionamiento para Graduados, 1965. Biblioteca Facultad Med. S.F.
- 8.— LUDMIR, A.: Curso de Perfeccionamiento para Graduados, 1966. Urgencias en Obst. & Ginec. Hemorragias. Biblioteca Facultad Med. S.F.
- 9.— LUDMIR, A.: Curso de Perfeccionamiento para Graduados 1967. Emergencias y Movilidad en Obst. & Ginec. Biblioteca Facultad Med. S.F.

- 10.— LUDMIR, A.: *Cursillo de Perfeccionamiento para Graduados*. 1968. *Toxemias de Embarazo*. Biblioteca Facultad Med. S.F.
- 11.— LUDMIR, A., CERVANTES, LARRAÑAGA: *Técnicas y Procedimientos Generales en Obstetricia*. 1962. Edit. Thesis. Biblioteca Facultad Med. S.F.
- 12.— LUDMIR, A.: *Normas y Procedimientos Generales en Obstetricia y Ginecología*, 1958. Biblioteca Facultad Med. S.F.
- 13.— QUESADA, JOSE: *El Parto prematuro en el H.M.I.S.D.* Tesis por presentarse.
- 14.— PATON, DONALD M.: *Pregnancy complicated by Diabetes*. *Amer. J. of Obst. & Gyn.* 83, 11: 1526, 1962.
- 15.— READ, E. DUNCAN: *A test book of Obstetric*. W.B. Saunders Co., 1962.
- 16.— SCHWALM, HORST, DODERLEIN, GUSTAV: *Clínico Obstétrico Ginecológica*. Tomo I. Edit. Alhambra. 1966.
- 17.— ULLERY, C. JOHN, & HOLLENBECK, ZEPH: *Textbook of Obstetrics*. The C.V. Mosby Co. 1965.
- 18.— *Vital Statistics reports*. W.H.O., Vol 13, 1960.