



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1998; 44 (3) : 177-181

Factores maternos sociodemográficos y tasa de mortalidad neonatal en el Instituto Materno Perinatal en 1996

WILFREDO VILLWONTE, NELLY LAM

Resumen

OBJETIVO: Conocer la tasa de mortalidad neonatal en Materno Perinatal y los factores maternos sociodemográficos relacionados con éste. **DISEÑO:** Estudio descriptivo retrospectivo. **LUGAR:** Instituto Materno Perinatal. **RESULTADOS.-** En el primer semestre de 1996, ocurrieron 210 muertes neonatales, siendo la tasa de mortalidad neonatal institucional de 19,79% y la tasa de mortalidad neonatal precoz de 13,21%. Al analizar los maternos sociodemográficos se halló 64,59% de gestantes entre 20 y 34 años de edad, 70,9% con instrucción secundaria, 67,5% convivientes, 47,5% tenía de 1 a 4 hijos, 26,5% tenía antecedentes de aborto y 40,5% no tuvo control prenatal; 94,5% de estos embarazos fueron considerados de riesgo alto. **CONCLUSIONES:** La tasa de mortalidad es elevada y refleja la condición social baja de las pacientes que acuden al Instituto Materno Perinatal.

Palabras claves: Mortalidad neonatal, control prenatal, embarazo de riesgo alto.

Summary

OBJECTIVE: To know the neonatal mortality rate at Maternal and Perinatal Institute and the related maternal social and demographic factors. **DESIGN:** Descriptive and retrospective study. **LOCATION:** Maternal and Perinatal Institute, Lima-Perú. **RESULTS:** On the first semester of 1996 there were 210 neonatal deaths. The neonatal mortality rate was 19,7% and the early neonatal mortality rate 13,2%. Regarding the maternal social and demographic factors, 64,5% were pregnant between 20 and 34 years old, 70% had higher schooling, 67,5% were in a consensual union, 47,5% had 1 to 4 children, 26,5% have had abortion and 40,5% did not have prenatal care, 94,51% of pregnancies were high risk pregnancies. **CONCLUSION:** The mortality rate is high and reflects the low social status of the woman attended at Maternal and Perinatal Institute.

Key words: Neonatal mortality, prenatal care, high risk pregnancies.

Introducción

Cada año, a nivel mundial, más de ocho millones de niños mueren antes del primer año de vida, siendo en mayor proporción aquellos que se hallan en la etapa perinatal y neonatal tardía¹. Hace algunas décadas, el componente posneonatal predominaba.

Las tasas negativas son usadas como indicadores del estado de salud de una nación y sirven como referencia para la comparación internacional; el análisis de éstos nos puede mostrar el efecto de las medidas de tipo económico, educacional, social y político de un país. Asimismo, el sistema de salud pública traducida en una adecuada nutrición, medicina obstétrica y neonatológica.

En el Perú, para mejorar estos indicadores, se requiere recursos financieros, por lo que el reconocimiento y determinación de los factores sociales asociados, cobra notable importancia para prevenir y modificar su efecto, permitiendo el uso racional de los pocos recursos con que contamos.

El estudio, de estas características en el Instituto Materno Perinatal es importante, porque atiende al 17% de la población femenina de la ciudad de Lima³ lugar donde habita el 31,9% de la población peruana⁴.



Mortalidad neonatal	Tasa/1000 nv	Nº
Neonatal precoz	13,2	141
Neonatal tardía	6,5	69
Total	19,7	210

La mortalidad neonatal se define como aquel deceso producido entre el nacimiento y los 28 primeros días de vida. A su vez, éste se divide en precoz y tardío; el primero comprende desde el parto hasta la primera semana, mientras que al último le corresponde el período restante^{1,5}.

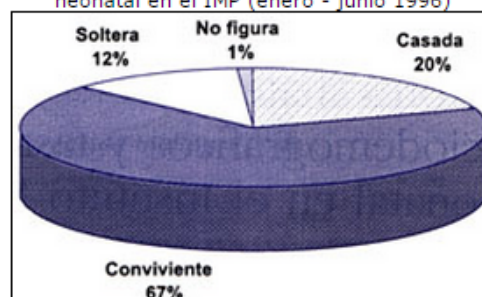
Las tasas de muerte neonatal fluctúan a nivel mundial entre 5 y 90% de nacidos vivos, correspondiendo el primero a los países de Europa y el segundo a Afganistán. En Latinoamérica, la mayor tasa corresponde a Haití (55%) y la menor a Martinica (5%). En América del Sur, Bolivia posee la mayor tasa (35%) y Chile la menor (10%). En el Perú la tasa de mortalidad neonatal 1995, fue de 30%¹.

Objetivos

Conocer la tasa de mortalidad neonatal en el Instituto Materno Perinatal e identificar los factores maternos sociales asociados con éste.

Característica	Nº	%
Edad materna		
<19	41	20.5
20 -34	129	64.5
>35	28	14.0
No figura	2	1.0
Total	200	100.0
Grado de instrucción		
Analfabeta	3	1.5
Primaria	48	24.0
Secundaria	140	70.0
Superior	7	3.0
No figura	2	1.0
Total	200	100.0
Estado civil		
Casada	40	20.0
Conviviente	135	67.5
Soltera	23	11.5
No figura	2	1.0
Total	200	100.0

Gráfico 1. Estado civil asociado a mortalidad neonatal en el IMP (enero - junio 1996)





Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo, realizado en el Instituto Materno Perinatal, desde el primero, de enero al 30 de junio de 1996. La población estudiada comprendió a 210 neonatos, correspondiendo a la totalidad de defunciones que ocurrieron en la Institución, durante el período en estudio. Estos fueron producto de 200 gestantes.

Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas maternas y neonatales. En tres casos no se pudo hallar este documento.

Se utilizó el programa Epi Info 6 para el registro y análisis de datos.

Resultados

Durante el periodo de estudio nacieron vivos 10665 y 210 murieron durante el periodo neonatal en el Instituto Materno Perinatal. Con estas cifras se obtiene una tasa de mortalidad neonatal de 19,69% de nacidos vivos (Tabla 1).

La edad promedio materna fue de 25,8 años, con una desviación estándar de 6,8 y un rango entre 12 y 46 años. La mayor frecuencia (64,5%) estuvo entre los 20 y 34 años, seguido por las adolescentes con 20,5% y las añosas con 14% (Tabla 2).

El grado de instrucción más frecuente fue el nivel secundario (70%), seguido por las pacientes que tenían instrucción primaria (24%). Solamente el 35% tenía instrucción superior (Tabla 2).

El estado civil predominante fue la unión inestable (67,5%), seguido por mujeres casadas (20%) y las solteras con 11,5% (Tabla 2 y Gráfico 1).

Tabla 3. Paridad, antecedente de aborto y de parto pretérmino		
	Nº	%
Paridad		
Gran múltipara	21	10.5
Múltiparas	95	47.5
Nulíparas	83	41.5
No figura	1	0.5
Total	200	100.0
Abortos		
Ninguno	149	74.5
1 - 2	41	20.5
>3	5	2.5
No figura	5	2.5
Total	200	100.0
Parto pretérmino		
Ninguno	199	99.0
1	1	0.5
Total	200	100.0

Al observar la paridad de las pacientes, la mayoría fue múltipara (47,5%), seguido de las nulíparas (41,5%) y finalmente las grandes múltiparas, con un 10,5%. El promedio fue 1,3 partos previos con una DS de 1,7 y un rango de cero a 9 partos (Tabla 3).



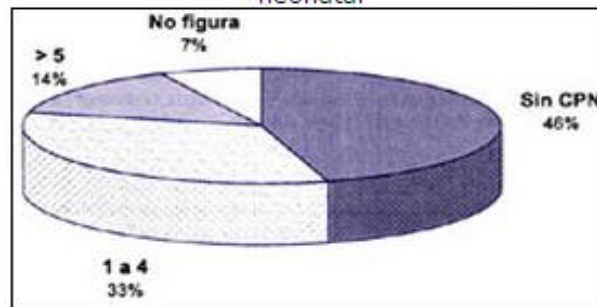
Dentro de los antecedentes obstétricos, se evidenció que el 26,5% tenía abortos y el 74,5% no tenía este antecedente. El promedio de abortos fue 0,34, con una desviación estándar de 0,75. Una de las gestantes refería haber presentado un parto pretérmino previo (Tabla 3).

El 40,5% de gestantes no tuvo control prenatal, mientras que 29% lo tuvo en forma deficiente y en 24,5% el control prenatal fue adecuado. El promedio fue 2,6 visitas al profesional de salud, con una DS de 3,0 y un rango de cero a 14 (Tabla 4 y Gráfico 2).

Según el Riesgo Obstétrico", el 945% de madres correspondió a gestaciones de riesgo alto.

Control prenatal	Nº	%
Sin CPN	81	40.5
1 - 4	58	29.0
>5	49	24.5
No figura	12	6.0
Total	200	100.0

Gráfico 2. Estado civil asociado a mortalidad neonatal



Discusión

La tasa de mortalidad neonatal obtenida (19,7%) no ha sufrido mucha variación comparada con la correspondiente a un período previo de estudio (18,7%), en la misma Institución⁷. A su vez se puede observar que esta cifra es mucho menor que la tasa nacional (30%) y de otros hospitales como el Loayza⁸; Perú, refleja de alguna manera la situación económica y de salud que vive nuestro país, puesto que duplica la tasa de otras naciones, como la de Chile y Cuba (10%).

La tasa de mortalidad neonatal precoz hallada en este estudio fue de 13,2%, habiendo disminuido de 17,8%, cifra que corresponde al primer trimestre del mismo año⁷. La explicación de este acontecimiento no se relaciona con factores de tipo social, ya que como se verá más adelante no hubo modificación sustancial en éstos. Las variables intervinientes son factores de tipo obstétrico y/o neonatal (en enero hubo una epidemia de sepsis por Klebsiella en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales). Esta cifra es intermedia entre lo obtenido por Palomino (24%) en el Hospital San Juan de Callao⁹ y lo comunicado, por Figueroa (10,3%) en el Hospital Loayza¹⁰.

Gráfico 3. Riesgo obstétrico asociado a mortalidad neonatal.

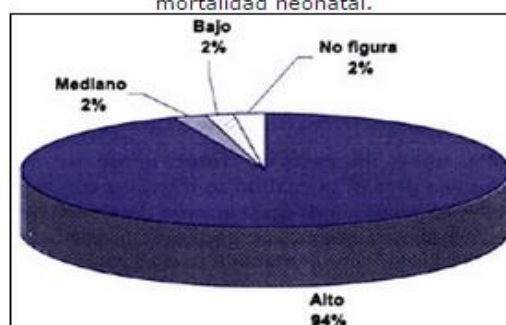




Tabla 5. Riesgo obstétrico asociado a mortalidad neonatal en el IMP (enero - junio 1996)

riesgo	Nº	%
Alto	189	94.5
Mediano	4	2.0
Bajo	4	2.0
No figura	3	1.0
Total	200	100.0

En este estudio se observa que el mayor número de neonatos que fallecieron correspondieron a gestantes en edad óptima reproductiva. Resultados parecidos des cribe Avila" en Chimbote y Medina en Venezuela, en un Hospital semejante al nuestro⁵. Muchos autores^{11,14,20} afirman que los hijos de madres adolescentes y añosas tienen mayor riesgo de morir, lo cual aparentemente no se observa en este trabajo, debido a que proporcionalmente existieron menos partos en estos grupos etáreos.

Está demostrado que el analfabetismo y el deficiente nivel educativo^{1,16} están relacionados con muerte neonatal. En la población estudiada predominó la instrucción secundaria, observación contraria a lo mencionado anteriormente.

El estado civil inestable fue observado mayoritariamente, concordando con otros estudios^{15,17}, incrementado para esta variable¹⁴.

Hubo predominio de las múltiparas, así como de las grandes múltiparas. Hallazgo semejante se describe en otros estudios^{15,17}.

La mala historia obstétrica en lo relacionado a abortos estuvo presente en casi la cuarta parte de la muestra, porcentaje que no se modificó del estudio preliminar. Contrasta totalmente con lo observado por Medina en el Hospital Concepción Palacios, donde comunica que 91,3% de pacientes tiene este antecedente.

Sólo hubo un caso de antecedente de parto pretérmino previo, lo cual no se relaciona con la proporción de pretérminos que nacieron durante el periodo en estudio, ya que eso demostrado que este antecedente es sumamente importante para el nacimiento de un niño antes de cumplir las 37 semanas de gestación¹⁸.

Uno de los principales factores antenatales relacionados con muerte neonatal fue el alto índice de gestantes sin control prenatal o un control muy deficiente. Cifras que casi no sufrieron mucha modificación en relación al trabajo preliminar⁷. Muchos autores reconocen que éste es importante y que una paciente sin control prenatal tiene 5 veces más posibilidades de ver morir a su recién nacido^{9,10}, sobre todo porque se relaciona con parto pretérmino¹⁹.

Diferentes autores coinciden en referir que la mayoría de muertes neonatales provienen de embarazos de riesgo alto^{1,5,10,21,22}, siendo comparables sus resultados con los hallados en este estudio.

Conclusiones

La tasa de mortalidad neonatal en el Instituto Materno Perinatal en el periodo de estudio fue de 19,7%, correspondiendo a la mortalidad neonatal precoz 13,2%.

Los factores maternos sociales observados con mayor frecuencia fueron una edad materna comprendida entre los 20 y 34 años, estado civil inestable, grado de instrucción secundaria, ausencia de control prenatal, multiparidad, tener el antecedente de aborto y ser considerado un embarazo de riesgo alto.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organisation. Perinatal Mortality 1996
2. Rosas LR. Principales causas de mortalidad infantil intrahospitalaria. Acta Med Per 1992; 16(2): 84-92.
3. Instituto Materno Perinatal. Manual del curso nacional de adolescencia y salud reproductiva. Lima 1997.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú. Encuesta demográfica y de salud familiar. Lima 1997.
5. Medina L, Morante A. Mortalidad neonatal en la Maternidad Concepción Palacios durante el año 1989. Gac Med Carácas 1994; 102(1): 57-65.
6. Instituto Materno Perinatal. -Normas y procedimientos de la atención obstetrica. 1995.



7. Lam FN, Villamonte CW y col. Mortalidad neonatal en el Instituto Materno Perinatal, Estudio, preliminar primer trimestre de 1996. XII Cong Per de Obst y Gin. Lima. 1996.
8. Silva M. Mortalidad perinatal en el Hospital San Juan. Análisis estadístico 1980-1983. *Diag* 1984; 14 (4): 101-5.
9. Palomino AW, Murillo JP. Incidencia de mortalidad perinatal y factores asociados a mortalidad neonatal precoz en el Hospital Daniel Alcides Carrión -Callao. Octubre 1994 -julio 1995. XII Cong Per de Obst y Gin Lima 1996.
10. Figueroa J. Mortalidad neonatal precoz en el Hospital Arzobispo Loayza durante los años 1990 y 1991 (Tesis de Doctorado). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima 1993.
11. Li J, Loo L. El primer embarazo en mujeres de Iquitos es embarazo en adolescente. XI Cong Per y VII Jor Boliv de Obst y Gin. Lima 1993.
12. Salazar M, Pacheco J y col. La edad maternal avanzada como factor de riesgo Para el parto. XI Cong Per y VII Jor Boliv de Obst y Gin. Lima 1993.
13. Rivas C, Donayre A, y col. Factores psicosociales y resultado obstétrico perinatal en gestantes adolescentes. XI Cong Per y VII Jor Boliv de Obst y Gin. Lima 1993.
14. Chávez W, Saldaña L, y col. Muerte feral intraútero: Factores de riesgo Hospital de Apoyo III -Sullana. *Gin y Obst.* 1996; 42(3): 67-7.
15. Avila J, Honorio, G y cot. Mortalidad perinatal en el Hospital de Apoyo La Caleta-Chimbote. *Diagn* 1988; 22(1): 10-6.
16. Castell P, Portuondo N y col. Factores que influyen en la mortalidad infantil; provincia La Habana, año 1983. *Rev Cub de Adm de Sal* 1986; 12(1): 15-9.
17. Alvarez F, Gálvez A. Mortalidad fetal. *Rev Bol Gin y obst* 1986; 9(1): 10-5.
18. Ayllón G, Salvador A. Prematuridad: Factores sociodemográficos asociados y control prenatal. XI Cong Per VII Jor Boliv de Obst y Gin. Perú 1993.
19. Papiernik E, Keith LG, Souyer J, Lazar P. Effective prevention of preterm birth: The French experience measured at Haguenau. *Birth Defects: Original Articles Series.*
20. Gonzales G, Garcia T. Factores biodemográficos y mortalidad neonatal precoz en Cuba. 1978-1982. *Rev Cub de Admin de Sal* 1986; 12(2): 125-68.
21. Vásquez M. Identificación de los factores de riesgo en la mortalidad neonatal precoz en las áreas integradas de la Secretaría de Salud Municipal de Cali 1987. Tesis de Magister en Epidemiología. Universidad del Valle-Cali, Colombia 1987.
22. Hailu A., Kebede D. High-risk pregnancies in urban and rural communities in central part of Ethiopia. *East Afr Med J.* 1994; 71(10): 661-6.