

**MORTALIDAD PERINATAL, HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO  
JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ (HRUJMCB), SANTIAGO DE LOS CABALLEROS,  
REPUBLICA DOMINICANA. 1986-87**

\* Dr. Luis C. Nina Ortega. F.A.A.P.

\*\* Dr. Rodrigo Abril Pérez

### INTRODUCCION

Los estudios sobre Perinatología han logrado despertar mucho interés en años recientes, acorde con el descenso registrado en las tasas de mortalidad en diversos países y a la confiabilidad de estas informaciones.

El período perinatal, que comprende el estadio de gestación, desde las 28 semanas de embarazo hasta que el neonato nace y cumple los 28 días de nacido, es justamente el de mayor incidencia de mortalidad. Por consiguiente, la salud del niño en lo inmediato y la del hombre en el futuro, dependen en gran medida de las condiciones en que haya transcurrido esta fase del desarrollo individual.

Se han aportado diversos tipos de investigaciones que contribuyen al conocimiento de la diversidad de condiciones determinantes relacionadas con el embarazo, el parto y los primeros días de vida que son los más críticos para el recién nacido. Todos constituyen un valioso aporte para alcanzar los objetivos tales como: evaluar más apropiadamente los programas materno-infantiles y mejorar los ofrecidos por éstos.

(\*) Director Departamento de Perinatología Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez (HRUJMCB). Profesor perinatología, ciencias de la salud, Universidad Católica Madre y Maestra (UCMM).

(\*\*) Residente RII Departamento Ginecoobstetricia, HRUJMCB.

Tabla 1

**RELACION DE PARTOS Y CESAREAS. HJMCB  
SANTIAGO, 1986**

DATOS	No.	%
Madres paridas	9,953	100
Niños nacidos	10,044	100
Partos	7,724	77.61
Cesáreas	2,229	22.39
Relación P: C: 3.5: 1.		

Tabla 2

**DISTRIBUCION DE LOS NEONATOS SEGUN  
CONDICION AL NACER**

CONDICION	No.	%
Nacidos vivos	9,841	97.97
Nacidos muertos	203	2.02
Muertes neonatales	268	2.66
Muertes perinatales	471	4.68
TOTAL	10,044	—

Estos programas deben servir de base apropiada, a partir de la cual se desarrollen investigaciones que complementen la información ofrecida por la investigación inicial.

### MATERIALES Y METODOS

Desde hace tres años se instituyó en nuestro hospital por el recién creado departamento de Perinatología, las estadísticas de perinatología. Las mismas se elaboran y presentan mensualmente ante el personal médico de los departamentos de Gineco-Obstetricia, Perinatología y Pediatría. Estos reportes mensuales constituyeron nuestra primera fuente de datos, previa verificación y comprobación con los libros de registro de los departamentos. Los datos obtenidos se presentan en cuadros y la información se analiza en base a porcentajes por ser un estudio descriptivo y retrospectivo.

### RESULTADOS Y ANALISIS

El total de madres paridas correspondió a 9,953, nacieron 10,044 niños, 91 gemelares; 77.6% por partos vaginales, 22.4% por cesáreas; siendo la relación partos-cesáreas de 3.5:1. Se reportaron 9,841 (98%) de nacidos vivos, 203 (2%) natimuecos, con una tasa de mortalidad neonatal de 26.6% y perinatal de 46.8%.

Productos de embarazo a término fueron 9,051 (90.1%), prematuros 857 (8.5%), postmaduros 99 (1%), previales (antes de 28 semanas de gestación) 37 (0.4%). El

Tabla 3  
DISTRIBUCION DE LOS NACIMIENTOS  
SEGUN EDAD CLINICA AL NACER Y PESO

CONDICION	No.	%
A término 37-42 semanas	9,051	90.11
Prematuros 28-36 semanas	857	8.53
Post-maduros > 42 semanas	99	0.98
Previales < 28 semanas	37	0.37
De bajo peso *A.T. < 2.5 Kg.	803	7.99
<b>TOTAL</b>	<b>10,044</b>	<b>-</b>

(\* ) A término por gestación.

Tabla 4  
RELACION DE LAS CESAREAS SEGUN TIPO

TIPO	No.	%
Primaria	1,363	61.14
Repetida	866	38.85
<b>TOTAL</b>	<b>2,229</b>	<b>100</b>

Tabla 5  
RECIEN NACIDOS INGRESADOS SEGUN PESO, EDAD CLINICA Y CONDICION  
AL EGRESO

CONDICION	VIVOS		MUERTOS	
	No.	%	No.	%
Prematuros menores de 1000 G	37	4.31	34	91.89
Prematuros de 1001-1500 G	76	8.85	56	73.68
Prematuros de 1501-2000 G	117	13.65	53	45.29
Prematuros de 2001-2500 G	143	16.68	41	28.67
Recién nacidos mayores de 2500 G	421	4.65	64	15.20
Neonatos de bajo peso	75	9.34	16	21.33
Neonatos grandes para la edad gestacional	22	19.64	3	13.63
Post-maduros > 42 semanas	43	43.43	1	2.32
<b>TOTAL</b>	<b>934</b>	<b>10.75</b>	<b>268</b>	<b>28.69</b>

**Tabla 6**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE**  
**MORBIMORTALIDAD NEONATAL.**

PATOLOGIAS	No.	%
Infecciones	483	4.81
Angustia respiratoria	450	4.48
Hiperbilirrubinemia	205	2.04
Anomalías congénitas y desórdenes hereditarios	87	0.87
Trauma al nacer	30	0.30
Enfermedades neurometabólicas	46	0.46
<b>TOTAL NACIDOS</b>	<b>10,044</b>	<b>-</b>

**Tabla 7**  
**PRINCIPALES TIPOS DE INFECCIONES**  
**NEONATALES**

TIPO DE INFECCION	No.	%
Sepsis comprobada	69	14.29
Sepsis sospechada	159	32.92
Meningitis	10	2.07
Rotura prematura de membranas > 24 horas	140	28.99
Gastroenteritis	6	1.24
Conjuntivitis	39	8.07
Enterocolitis necrotizante	36	7.46
Todas las demás	24	4.96
<b>TOTAL</b>	<b>483</b>	<b>4.81</b>

**Tabla 8**  
**DISTRIBUCION DE LA ANGUSTIA**  
**RESPIRATORIA EN RECIEN NACIDOS**  
**SEGUN TIPO**

TIPO	No.	%
Ligera	131	29.11
Moderada	187	41.56
Severa	132	29.33
<b>TOTAL</b>	<b>450</b>	<b>4.48</b>

porcentaje de niños de bajo peso a término representó el 8%. Cesáreas de primigrávidas se registraron a,363 (61.1%). Cesáreas repetidas 866 (38.9%).

La mortalidad neonatal por edad clínica y peso fue la siguiente: para los prematuros menores de 1000 G 91.9%; para los prematuros de 1001-1500 G 73.7%; para los prematuros de 1501-2000 G 45.3%. Prematuros de 2001-2500 G 28.7%. Recién nacidos mayores de 2500 G 15.2%. Neonatos a término de bajo peso (menos de 2500 G) 21.3%; neonatos grandes para la edad gestacional; 13.6%, y postmaduros 2.3%.

La morbi-mortalidad neonatal se presenta en grandes grupos de causas, siendo las principales: infecciones, 483 (4.8%). Angustia respiratoria 450 (4.5%). Hiperbilirrubinemia 205 (2.0%). Anomalías congénitas y desórdenes hereditarios 87 (0.9%). Traumas al nacer 30 (0.3%) y enfermedades neurometabólicas 46 (0.5%): hipoglicemias, hipocalcémias y convulsiones.

**Tabla 9**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE ANGUSTIA**  
**RESPIRATORIA EN RECIEN NACIDOS**

ETIOLOGIA	No.	%
Membrana hialina	101	22.44
Neumonía por aspiración	208	46.23
Taquipnea transitoria del recién nacido	95	21.11
Otras	46	10.22
<b>TOTAL</b>	<b>450</b>	<b>4.48</b>

**Tabla 10**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE**  
**HIPERBILIRRUBINEMIAS EN**  
**LOS NEONATOS**

CAUSAS	No.	%
Fisiológica	46	22.44
Incompatibilidad ABO	40	19.52
Incompatibilidad Rh	38	18.54
Otras	46	22.43
Desconocida	35	17.07
<b>TOTAL</b>	<b>205</b>	<b>2.04</b>

Tabla 11  
ENFERMEDADES NEUROMETABOLICAS  
EN RECIEN NACIDOS

TIPO	No.	%
Hipoglicemia	28	60.87
Convulsiones	17	36.96
Hipocalcemia	1	2.17
TOTAL	46	0.46

Los principales tipos de infecciones neonatales encontradas fueron: sepsis comprobada, 69 (14.3%), sepsis sospechada 159 (32.9%), meningitis 10 (2.1%), R.P.M. (ruptura prematura membranas) 140 (29.0%), gastroenteritis 6 (1.2%), conjuntivitis 39 (8.1%), enterocolitis necrosante 36 (7.5%). Todas las demás 25 (5.0%).

La angustia respiratoria en los recién nacidos se distribuyó de la siguiente manera: ligera 131 (29.3%), moderada 187 (41.6%), severa 132 (29.3%). Las principales causas

fueron: neumonía por aspiración, 208 (46.2%), membrana hialina 101 (22.4%), taquipnea transitoria del recién nacido 95 (21.1%), otros 46 (10.2%).

Las principales causas de hiperbilirrubinemia fueron: fisiológicas 46 (22.4%). Incompatibilidad ABO, 40 (19.5%); incompatibilidad Rh 38 (18.5%), otras 46 (22.4%). Desconocidas 35 (17.1%).

Las enfermedades neurometabólicas reportadas fueron: hipoglicemias 28 (60.9%), convulsiones 17 (37.0%), hipocalcemia 1 (2.2%).

#### CONCLUSION

La preparación de estos datos, y su análisis, permitirá a las autoridades en sus diferentes niveles jerárquicos respectivos hacer una evaluación de las patologías más frecuentemente reportadas, de la calidad de los servicios brindados tanto a la madre como al recién nacido, en función de los recursos disponibles tanto humanos como materiales. Igualmente se pueden identificar los niveles de responsabilidades y por consiguiente poder hacer formulación de sugerencias y ejecuciones, para mejorar en el futuro inmediato la calidad de la atención hospitalaria en el área materno-infantil.