

Estudio de la mortalidad neonatal precoz en el municipio de Guanabacoa

Study of early neonatal mortality in Guanabacoa municipality

Yurima Díaz Elejalde¹; Rosa María Alonso Uría¹¹

¹Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructora de la Facultad "Dr. Miguel Enríquez". Policlínico "Andrés Ortiz", municipio Guanabacoa, Ciudad de La Habana, Cuba.

¹¹Especialista de II Grado en Neonatología. Máster en la Atención Integral al Niño. Profesora Titular de la Facultad "Dr. Miguel Enríquez". Hospital Ginecoobstétrico Docente de Guanabacoa, municipio Guanabacoa, Ciudad de La Habana, Cuba.

RESUMEN

La mortalidad neonatal precoz es un componente de gran importancia dentro del indicador mortalidad infantil, porque constituye más del 50 % de las defunciones en el menor de 1 año. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal con el objetivo de caracterizar el comportamiento de la mortalidad neonatal precoz en el municipio Guanabacoa, desde el 1º de Enero de 2000 al 30 de Junio de 2005. Se estudió una muestra de 48 defunciones a través de variables maternas y del recién nacido, cuyos datos fueron obtenidos de la revisión de registros médicos de defunción e historias clínicas. Se encontró que la mortalidad neonatal precoz en el municipio es de tendencia decreciente fundamentalmente en los primeros 4 años, y las principales causas de muerte son las infecciones (17 %), la sepsis (8,3 %), la asfixia (6,3 %) y las malformaciones congénitas (6,3 %).

Palabras clave: Mortalidad neonatal precoz, tasa de mortalidad infantil, causas de muerte.

ABSTRACT

Early neonatal mortality is a very important component within the infant mortality indicator, since it accounts for more than 50 % of the deaths in children under one.

A descriptive, retrospective and longitudinal study was conducted to characterize the behavior of early neonatal mortality in Guanabacoa municipality from January 1st, 2000 to June 30th, 2005. A sample of 48 deaths was studied through variables of the mother and of the newborn infant, whose data were obtained from the review of the medical death registries and of the medical histories. It was observed that early neonatal mortality in the municipality shows a decreasing trend, mainly in the first 4 years, and that the fundamental causes of deaths were infections (17 %), sepsis (8.3 %), asphyxia (6.3 %) and congenital malformations (6.3 %).

Key words: Early neonatal mortality, infant mortality rate, death causes.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad infantil es un indicador no solo de la frecuencia de las muertes, sino también de la calidad de la vida y del riesgo para la salud en el período en que el niño es más susceptible a las condiciones de la salud adversa, como es la desnutrición o el pobre saneamiento ambiental. En 1865 *Osterleem* calificaba a las estadísticas relacionadas con la mortalidad del primer año de la vida como "termómetro muy sensible de bienestar público". Esto refleja la panorámica socioeconómica de un país, pues no solo mide los cuidados mantenidos durante el embarazo, parto y atención al niño, sino también la interrelación con el medio ambiente, con el grado de desarrollo socioeconómico y cultural de una comunidad, y define su nivel de vida, donde, además, influyen factores ecológicos y de atención médica.

La mortalidad infantil consta de varios componentes, entre los que se cita, la mortalidad neonatal precoz, que ocurre en los neonatos antes de cumplirse los 7 días de vida.¹ Alcanza su máximo valor en las primeras 24 h de nacido, y representa, en sentido general, el 65 % de las muertes que ocurren en el primer año de vida. Cuba posee una tasa de mortalidad neonatal precoz muy baja, comparable con la de países desarrollados (2,1 x 1 000 nacidos vivos en el año 2004).² Cuando la mortalidad neonatal precoz se estudia a nivel de un municipio tiene características específicas propias, relacionadas con los problemas de salud que afectan a cada comunidad por separado, y que dependen de las características socio-demográficas, higiénico-sanitarias y culturales propias. Caracterizar el comportamiento de la mortalidad neonatal precoz en nuestro municipio en este último quinquenio, y contribuir a mantener la posición lograda por nuestro país en materia de salud, fueron los motivos que nos impulsaron a la realización de este trabajo.

MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal sobre el análisis del comportamiento de la mortalidad neonatal precoz en el municipio Guanabacoa de la provincia Ciudad de La Habana, desde el 1° de Enero de 2000 al 30 de Junio de 2005. La muestra fue de 48 defunciones, en las cuales se analizaron las principales causas de muerte y algunas variables en la madre y en el recién nacido, solamente

en el componente neonatal precoz. Con el fin de realizar esta investigación se recogieron los datos de los Registros de Defunciones del Departamento de Estadísticas de la Dirección Municipal de Salud Pública y del Hospital Ginecoobstétrico de Guanabacoa, además de revisarse las historias clínicas en diversos centros hospitalarios (hospitales pediátricos de San Miguel del Padrón, de Centro Habana, "William Soler" y "Juan Manuel Márquez"; y los ginecoobstétricos de 10 de Octubre y en el "Eusebio Hernández"). Toda la información fue procesada por medios automatizados, y se presentaron los resultados en tablas realizadas con software del *Office XP*, utilizando estadígrafos como tasas y porcentajes.

RESULTADOS

El año de mayor número de nacidos vivos (NV) es 2002 con 1 251 nacimientos para una tasa de mortalidad infantil (TMI) de $6,4 \times 1\ 000$ NV, también se observa que el año 2003 fue el de más alta TMI con cifras de $11,1 \times 1\ 000$ NV con 6 defunciones en neonatos de menos de 7 días de vida. Debemos aclarar que de las 48 defunciones, 21 corresponden solamente al componente neonatal precoz ([tabla 1](#)).

Como se observa en la [tabla 2](#) las infecciones representan el 17 % de la mortalidad neonatal precoz, con las bronconeumonias y las meningoencefalitis de origen bacteriano como las enfermedades más frecuentes, además de un caso de varicela en forma complicada. En segundo lugar le sigue la sepsis (8,3 %), en tercero la asfixia (6,3 %) y las malformaciones congénitas (6,3 %) con predominio de las de origen cardiovascular.

Como se evidencia en la [tabla 3](#), la edad materna que predomina es la que oscila entre los 20 y los 35 años, que representa el 66,6 % del total, con un promedio de 26 años. El mayor número de fallecidos se encontró entre las 37 y 42 semanas de edad gestacional, con 12 neonatos precoces que representan el 25 % ([tabla 4](#)).

En la [tabla 5](#) se puede apreciar que el 41,6 % padeció de moniliasis vaginal (20 casos), seguidos de la anemia ferropénica con 8 y el bajo peso materno con 5.

DISCUSIÓN

Por lo que se puede evidenciar en nuestro estudio, la mortalidad neonatal precoz en el período estudiado mostró un descenso, al igual que la TMI, a pesar de que en 2003 hubo una mortalidad neonatal precoz de 6, la más elevada con respecto a otros años, situación que coincide con el criterio de otros autores, que plantean que la mayor parte de las muertes en menores de 1 año se producen en los primeros 28 días de vida, y casi todas ellas dentro de las 7 días iniciales.³

Con respecto a las principales causas de muerte tenemos a las infecciones, la sepsis, la asfixia y las malformaciones congénitas, en los neonatos menores de 7 días de vida, lo que concuerda con otros estudios,²⁻⁴ aunque otros autores no coinciden con este hallazgo.⁵⁻⁹

La edad materna y la gestacional no constituyeron variables importantes en nuestro estudio, lo cual no coincide con la literatura médica revisada, ya que entre los 20 y los 35 años de edad ocurrió el mayor número de fallecidos, mientras los textos confrontados enuncian como edades óptimas para el embarazo entre los 20 y los

29 años, y entre 20 y 35 años, siendo edades de riesgo las menores de 20 años y mayores de 35. Lo mismo sucede con la edad gestacional, donde el mayor número de fallecidos oscila entre las 37 y las 42 semanas, aspecto que tampoco coincide con la bibliografía médica revisada, ya que son edades gestacionales al término del embarazo, y según lo que se ha demostrado, a menor edad gestacional menor peso fetal y mayor riesgo de mortalidad del producto al nacer.¹⁰⁻¹²

En cuanto a los factores de riesgo del embarazo en nuestro estudio hemos encontrado como los más significativos la moniliasis vaginal, la anemia ferropénica y el bajo peso materno, aspectos que son de gran importancia y que están muy relacionados con la mortalidad neonatal precoz, lo cual concuerda con la literatura médica,¹¹⁻¹⁵ ya que la presencia de estos factores de riesgo permite evaluar a un embarazo de riesgo o no, y predisponen la aparición de mayor número de complicaciones, tanto para la madre como para el feto, siendo la más grave la mortalidad de ambos o de uno de ellos.

La mortalidad neonatal precoz en el período estudiado se comportó de forma decreciente, fundamentalmente en los 4 años iniciales. Las principales causas de muerte son: las infecciones, la sepsis, la asfixia y las malformaciones congénitas, mientras que los factores de riesgo más frecuentes relacionadas con el embarazo fueron la moniliasis vaginal, la anemia ferropénica y el bajo peso materno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De La Torre Montejo E. Pediatría 1. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996.p.18-20.
2. Alonso Uría RM. Mortalidad neonatal precoz. Análisis de 15 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005;31(3):1.
3. Behrman RE, Kliegma, RM, Arvin AM. Tratado de Pediatría. 15 ed. Vol. I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998.p.1.
4. Rodríguez Cárdena A, Velasco Boza A, Eunice Mensah N. Comportamiento de la mortalidad perinatal en el hospital "América Arias" en el período de 1993 a 2002. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2004;30(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es Consultado, 22 de marzo 2006.
5. Liu S, Joseph KS. Relationship of prenatal diagnosis and pregnancy, termination to overall infant mortality Canada. JAMA. 2002;287:1561.
6. World Health Organization: The World Health Report 1998. Geneva: WHO; 1998.p.63.
7. Yoon BH, Romero R. Fetal exposure to an intra-amniotic inflammation and development of cerebral palsy at the age of three years. Am J Obstetric Gynecology. 2000;182:675.
8. Gómez R, Romero R. The fetal inflammatory response syndrome. Am Obstet Gynecol. 1998;179:194.

9. Álvarez Ponce V, Muñiz Rizo M. Análisis de la mortalidad infantil en el Hospital Ginecoobstétrico de Guanabacoa. Estudio de 3 años. Rev Cubana Pediatr. 2002;74(2):122-6.
10. Lemus Valdés MT, Martínez de Santelices Cuervo A. Edad materna y riesgo de anomalías congénitas en Marianao, Ciudad de La Habana. 1998-2003. Rev Cubana de Genética Humana. 2003;4(1). Disponible en: http://www.sigemec.sld.cu/rcgh/esp/revista_esp/V1_2003/vol4%20No1%202003_esp.htm Consultado, 20 de enero 2007.
11. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General. Vol. I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.273-4.
12. Hernández Cabrera J, Hernández Hernández D. Factores obstétricos y biosociales que influyeron en la mortalidad perinatal durante el 2001. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003;29(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0138-600X20030003&lng=es&nrm=iso Consultado, 20 de enero 2007.
13. Cabrales Escobar JA, Sáenz Darías L. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en un hospital cubano, 1997-2000. Rev Panam Salud Pública. 2002;12(3):180-3.
14. Valdés Armenteros R, Reyes Izquierdo DM. Examen clínico del recién nacido. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2003.p.1.
15. Alonso Uría RM, González Hernández A, Vasallo Pastor N. Incidencia y mortalidad del recién nacido de bajo peso. Rev Cubana Pediatr. 2001;73(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0034-753120010004&lng=es&nrm=iso Consultado, 23 de noviembre 2006.

Recibido: 23 de octubre de 2007.

Aprobado: 25 de marzo de 2008.

Yurima Díaz Elejalde. Edificio 654, apto. 11, Zona 18, Alamar, municipio Habana del Este, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: msanabria@infomed.sld.cu

Tabla 1. Edad de la gestante y su relación con la placenta previa

Edad de la gestante	No.	%
14-20 años	3	4,8
21-30 años	12	19,3
31-40 años	36	58,0
≥ 40 años	11	17,7
Total	62	100

Tabla 2. Distribución de la población según factores de riesgo de placenta previa

Factores de riesgo	No.	%
Multiparidad (3 o más partos)	36	58
Mioma uterino	9	14,5
Cesárea anterior	20	32,3
Operaciones uterinas previas	4	6,5
Malformaciones uterinas	2	3,2
Legrados previos	16	25,8

Tabla 3. Distribución de la población según la variante de placenta previa

Variante de placenta previa	No.	%
Placenta previa oclusiva	18	29,1
Placenta previa marginal	16	25,8
Inserción baja placentaria	28	46,1
Total	62	100

Tabla 4. Lugar de realización del diagnóstico ecográfico de la placenta previa

Lugar del diagnóstico ecográfico	No.	%
Nivel primario	42	67,8
Nivel secundario	20	32,2
Total	62	100

Tabla 5. Momento de la interrupción de la gestación en la placenta previa

Edad gestacional al momento de la interrupción de la gestación	No.	%
28-33 semanas	4	6,5
34-36 semanas	10	16,1
≥ 37 semanas	48	77,4
Total	62	100

Tabla 6. Complicaciones obstétricas (maternas) y su relación con la placenta previa

Complicación obstétrica (materna)	No.	%
Parto pretérmino	14	23
<i>Shock</i> hipovolémico	4	6,5
Alumbramiento distócico	11	17,7
Histerectomía obstétrica	9	14,5
Anemia posparto	18	29

Tabla 7. Complicaciones del recién nacido y su relación con la placenta previa

Complicación del recién nacido	No.	%
Bajo peso al nacer (peso < 2 500 g)	18	29
Apgar < 7 a los 5 min	9	15
Prematuridad	14	23
Anemia aguda	6	9,7
CIUR	4	6,5
Distrés respiratorio	16	25,8
Hiperbilirrubinemia	6	9,7
Encefalopatía hipóxica	2	3,2
Infección adquirida	4	6,5