

HOSPITAL DOCENTE MATERNIDAD DE MARIANAO

*Informe preliminar del estudio de la mortalidad perinatal en la provincia de La Habana**

Por los Dres.:

JUAN VÁZQUEZ CABRERA,^(**) ADA OVIES,^(***) CRISTÓBAL GALINDO,^(****)
ZAIDA CANDEBAT^(*****) Y EMMA HEREDIA^(*****)

Vázquez C., J., et al. *Informe preliminar del estudio de la mortalidad perinatal en la provincia de La Habana*. Rev. Cub. Ped. 44: 1, 1972.

Se presenta un informe preliminar de 614 muertes perinatales ocurridas en el año 1970, en la provincia de La Habana. Se toma como fuente, las tarjetas registradas por los Comités Institucionales de Mortalidad Perinatal de cinco hospitales ginecoobstétricos regionales. Este número de fallecidos, desglosado en tardías y neonatales precoces, corresponden al 58% del total de muertes perinatales, ocurridas en los hospitales estudiados. Ratificamos la influencia del bajo peso al nacer como causa de muerte.

INFORME PRELIMINAR DEL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD PERINATAL EN LA PROVINCIA DE LA HABANA

A) *Definición y análisis del problema*

1. *Propósito del trabajo*

Una de las tareas prioritarias de la salud pública para el decenio, es la disminución de las tasas de mortalidad infantil nacionalmente.

En este sentido se trabaja entusiasta e incansablemente en todas las unidades ginecoobstétricas y los servicios de pediatría y neonatología del país.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología.

(**) Instructor de la Universidad de La Habana y Jefe del Dpto. de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de La Habana.

(***) Directora del Hosp. de Maternidad Regional de Güines.

(****) Jefe del servicio de Neonatología. Hospital Materno-Infantil 10 de Octubre. La Habana.

(*****) Instructora y Subdirectora facultativa del Hospital Docente de Maternidad de Marianao, La Habana.

(******) Instructora del Hospital de Maternidad "América Arias".

Constituye la mortalidad perinatal el componente que contribuye con un mayor número de defunciones a la mortalidad infantil. Nos proponemos por tanto, realizar un estudio que trate de explicar los fenómenos que inciden sobre la misma.

Esta investigación reviste características de ser longitudinal y prospectiva, aunque a manera de introducción en estos trabajos, se hace un análisis de 614 muertes perinatales I en diferentes unidades de la provincia de La Habana en el año 1970.

2. *Justificación*

Hasta el momento hemos estudiado el problema de una forma global, salvo excepciones de algunas instituciones que han realizado estudios detallados de la mortalidad por causas. Consideramos como parte de nuestro desarrollo en salud pública, iniciar estudios más detallados y específicos de los fenómenos que participan en las muertes de nuestros niños como son: edad de la madre, paridad, hábitos, ocupación, etc., que

nos permitan alcanzar recomendaciones que convertidas en acciones de salud se revierta en logros de disminución de las tasas de mortalidad infantil.

3. *Objetivo General*

Hacer un estudio de las causas de mortalidad perinatal I "Muertes fetales y del primer período neonatal con peso de más de 1000 gramos en el alumbramiento expresadas como razón por 1000 nacimientos vivos con peso de más de 1000 gramos". (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.²

4. *Objetivos específicos*

En el transcurso de esta investigación iniciaremos el análisis de las diferentes variables que a la luz de los conocimientos actuales influyen sobre las defunciones fetales y neonatales, por tanto analizaremos el estado civil, raza, edad, ocupación, grado de escolaridad, peso corporal, talla y antecedentes obstétricos de la madre.

Continuaremos nuestra estrategia de trabajo, revisando cuidadosamente el escenario de lo que consideramos una batalla frente a la muerte de nuestros pequeños infantes. Así dirigiremos nuestros esfuerzos en la revisión:

1. de la atención prenatal.
2. al ingreso de nuestras gestantes en los hospitales obstetricoginecológicos.
3. hospitalizadas en nuestras salas de gestantes normales y patológicas.
4. en las salas de trabajo de parto (partos).
5. en la atención del parto.
6. en la atención de los cuidados inmediatos al R.N. y en los servicios de neonatología.

5. *Algunas definiciones*

Consideramos de suma importancia, recordar algunas definiciones^{1,11} que son indispensables precisar para el estudio de la mortalidad perinatal. Dejemos sentado igualmente que en nuestros estudios siempre nos vamos a referir a mortalidad perinatal I, ya que sobre ella es que podemos precisar nuestros objetivos con la intención de tratar de reducirla.

DEFINICIONES INTERNACIONALES

El Subcomité para la definición de nacido muerto y aborto del Comité de Expertos en Estadísticas de Salud de la O.M.S. (1950), recomendó las siguientes definiciones que fueron aceptadas por la Asamblea Mundial de la Salud.

Nacido vivo es la completa extracción o expulsión por la madre de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, y que, después de dicha separación, respire o muestre algún signo de vida, tales como latidos cardíacos, movimientos pulsátiles del cordón umbilical o movimientos de los músculos voluntarios, independientemente de que el cordón umbilical haya sido seccionado o que la placenta se haya desprendido o no; el producto de tales nacimientos se considerará como nacido vivo.

Muerte fetal. Es la que ocurre antes de la completa extracción o expulsión por la madre de un producto de la concepción, independientemente del tiempo de gestación; la muerte se considera por el hecho de que después de dicha separación, el feto no respire o muestre otro signo de vida, tales como latidos cardíacos, movimientos pulsátiles del cordón umbilical o movimientos de los músculos voluntarios.

Muerte fetal tardía, es la que ocurre a las 28 semanas o más de embarazo.

El Manual de Métodos de Estadísticas Vitales de Naciones Unidas, define:

Muerte neonatal, las que ocurren antes de los 28 días de vida.

Muertes en período neonatal precoz o muertes posnatales, las que ocurren en la primera semana de vida.

Tasa de la mortalidad perinatal. Proposición de la O.M.S.

"Muertes fetales y del primer período neonatal con peso de más de 1000 g. en el alumbramiento expresadas como razón por 1000 nacimientos vivos con peso de más de 1000 g."

Mortalidad Infantil:²⁵ Muerte que ocurre durante el primer año de vida.

Índice de Mortalidad Infantil:²⁵ (Muertes infantiles entre niños nacidos con vida) por 1000.

Pacientes de alto riesgo obstétrico A.R.O.

Concepto

Una paciente con alto riesgo obstétrico (A.R.O.), es aquella en la que están presentes ciertas circunstancias especiales que comportan un peligro de

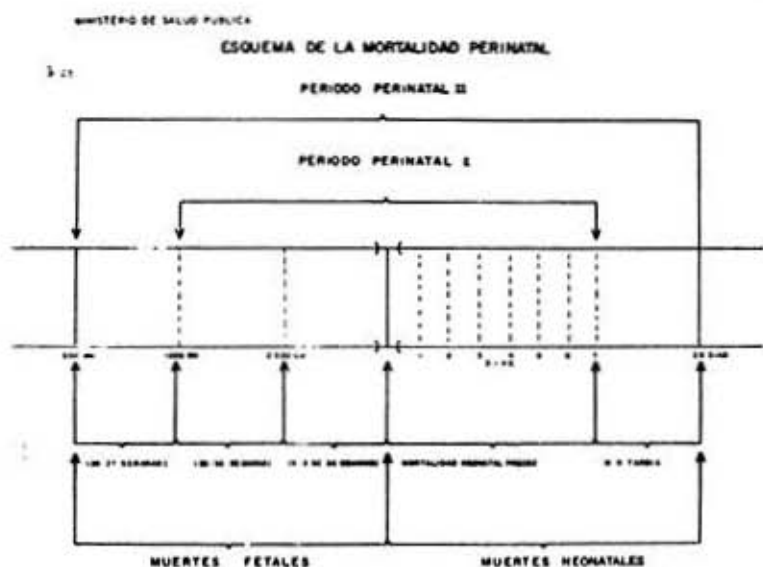
salud e inclusive de vida, para ella y/o para el producto.

El riesgo puede cubrir el embarazo, mientras que en otras ocasiones el riesgo amenaza el parto, el puerperio o la lactancia, y en algunas circunstancias el riesgo cubre todo el período generacional como en el caso de la T.B., las cardiopatías, etc. Generalmente el riesgo directo es para la madre y también para el producto, como ocurre en las toxemias del embarazo, pero existen otros casos en el que el riesgo amenaza a una sola de las partes del binomio madre-feto como por ejemplo los casos Rh negativos y la prematuridad en los cuales el riesgo directo es casi exclusivamente para el producto.

CLASIFICACION

A.R.O. I:

Pacientes que no han tenido ni tienen patología alguna, pero en las cuales existen circunstancias especiales o hábitos que hacen su embarazo, parto o puerpe-



rio más avanzado que el resto de la población de gestantes.

A.R.O. II:

Pacientes que no presentan actualmente patología alguna, pero que han sufrido patologías de diversa naturaleza y/o hijos afectados en salud o vida en embarazos anteriores.

A.R.O. III:

Es el más alto riesgo obstétrico. Se trata de pacientes que tienen una patología actual que comparta un serio riesgo de salud o de vida para ella o su producto y que requieren de la atención muy especializada, así como en ocasiones, el concurso de un grupo de trabajo especializado.

6. Antecedentes históricos e investigaciones previas

En Cuba, a partir del año 1959, es que se inicia el establecimiento cierto de nuestro cuadro de salud de la población.

El estado revolucionario invierte cuantiosos recursos en la salud pública, desarrollándose así, a rápidos saltos una amplia red preventivoasistencial en todo el país. Cortos años, pero de trabajo intenso, nos permiten asegurar nacionalmente más de un 90 por ciento de partos institucionales. Al unísono se desarrolla una metodología del trabajo, se producen las I y II Jornadas de Normación de la Obstetricia, reduciéndose las tasas de mortalidad materna hasta alcanzar $6 \times 10\,000$ nacidos en la provincia de La Habana en el año 1970.

Nuestra joven revolución va incrementando cualitativamente la asistencia: primero se extiende horizontalmente para llevar sus servicios a toda la población; verticalmente más adelante, cuando se han organizado Dptos. Provinciales y Regionales de Estadísticas, que nos per-

miten andar con paso firme por el camino de buscar soluciones a nuestros problemas.

Hasta el año de 1965, se estudiaban los factores que actúan sobre la mortalidad perinatal, en forma aislada por instituciones o equipos de trabajo que se interesaban en estos aspectos, así surgieron las Reuniones Hospitalarias de Mortalidad en los Hospitales Calixto García, Maternidad de Marianao, América Arias, Enrique Cabrera, Santiago de Cuba, etc.

En 1966, se inicia el Programa de Atención Integral a la Mujer y se vitalizan en formas de comités, para la reducción de la mortalidad perinatal, estas actividades.

En 1968 el Ministerio de Salud Pública se propone nacionalmente, la reducción, en un 50%, de la mortalidad infantil, definiéndose claramente la estrategia y la táctica a seguir.

Nosotros no contamos con grandes recursos materiales, como otros países desarrollados, sin embargo, poseemos elementos objetivos y subjetivos de trabajo constituido en primer término por la alta sensibilización de los trabajadores de nuestras instituciones y en segundo lugar por la participación masiva del pueblo en tareas específicas de salud. Con estos factores y apoyados en la regionalización de unidades preventivoasistenciales que alcanzan al policlínico de área y al hogar, se actualiza y pone en ejecución el programa de reducción de la mortalidad infantil.

Toda muerte perinatal es estudiada en el hospital obstétrico donde ocurre, clasificándose en fetales, tardías y neonatales.

Su análisis corresponde a un comité, que obligadamente debe funcionar en el hospital y que está constituido por el subdirector facultativo, el jefe de servicio de obstetricia, el jefe del departa-

mento de admisión, archivo y estadística, el jefe del departamento de anatomía patológica, el jefe del servicio de neonatología y opcionalmente cualquier otro especialista jefe de grupo básico de trabajo, invitándose rotativamente a un residente de Obstetricia y Ginecología.

El comité analiza la historia prenatal (carnet obstétrico), ingreso de la paciente, atención en sala de gestante, en sala de parto, asistencia y conducta del parto, reanimación del recién nacido, atención en neonatología.

Todo esto con espíritu crítico, revisando si se cumplieron adecuadamente las normas de Obstetricia y Pediatría, por todo el personal que atendió a la madre y al niño, tanto médico de enfermería o administrativo.

Además, existen Comités Regionales y Provinciales que analizan, norman, evalúan y hacen recomendaciones, tanto en las regiones como provincialmente. Cada Hospital Obstétrico, Región y nuestra Provincial^o tiene establecido su programa de actividades y planes de trabajo en relación a estas actividades.

Mundialmente en igual sentido se trabaja, *Dexeus* señala en publicación de su servicio² cómo se asocian diferentes factores que son capaces de formar un complejo productor del mayor número de

muerres perinatales, "como una constelación o cadena de pequeñas causas que constituyen lo que él llama el síndrome fetal por factores satélites".

*Helen M. Wallace*⁶ estudia una serie de factores, y comprueba cómo distintos aspectos medicosociales, ambientales, epidemiológicos se asocian a las muertes del feto y recién nacido:

1) *Sexo del recién nacido*. El autor encuentra mayor mortalidad en los varones que en las hembras, tanto en el período perinatal (fetal y neonatal) como en el período posneonatal.

2) *Factor étnico*. En E.U.A., país racista y plagado de contradicciones sociales, demuestra aumento en las muertes de negros y mestizos en relación a otras razas.

3) *Factores que dependen de la localización geográfica de la población*. En ciudades de 500 000 o más habitantes las tasas eran más altas que en ciudades de poca población.

Las regiones urbanas tenían una mortalidad mayor que en las zonas rurales.

4) *Estado socioeconómico*. Demuestra una relación de mayores tasas de Mortalidad Perinatal cuando los ingresos eran más bajos per cápita por grupos de Estados. Esta observación era igual para blancos y negros u otras razas.

FACTORES SATELITES FORMANDO PARTE DE UN COMPLEJO LETAL

	Casos	%
1. Bolsa rota más de veinticuatro horas	20	41,6
2. Parto	20	41,6
3. Parto de más de doce horas	19	39,5
4. Progestosis	19	39,5
5. Primiparidad añosa	17	33,7
6. Fiebre intrapartum	12	25
7. Embarazo prolongado	10	20,8
8. Pelvis límite	8	16,6
9. Prediabetes y obesidad	7	14,5
10. Macrosomía	7	14,5
11. Ingreso tardío	6	12,5
12. Expulsivo prolongado	2	4,1

Obsérvese cómo cuando de población humilde en E.U.A. se trata, aumentan las muertes sin distinción de razas.

5) *Ilegitimidad*. Demuestra cómo este factor incrementa los riesgos de muerte para la madre y el hijo. Esto se explica porque las madres solteras, en un número considerable, reciben atención médica tardíamente o no la reciben.

6) *Peso al nacer*. El autor, como era de esperar, observa cómo el bajo peso al nacer, conlleva un aumento de riesgo para el niño tanto en la mortalidad como en morbilidad residual, existiendo por tanto una relación inversa entre el peso al nacer y la mortalidad, o sea cuanto más bajo el peso, mayor es el número de muertes.

7) *Peso al nacer y edad gestacional*. Los recién nacidos de más peso para cada edad gestacional evolucionan mejor que los de menos peso. Por otra parte, entre los recién nacidos con igual peso al nacer, aquellas con embarazo casi a término, tuvieron una mortalidad más baja. Recuerda además, una serie de factores que se asocian al bajo peso al nacer:

- a) embarazos múltiples.
- b) nivel socioeconómico bajo.
- c) no blancos.
- d) madres muy jóvenes o por encima de 35 años.
- e) primer embarazo y nacimientos en grandes múltiparas.
- f) recién nacidos de madres solteras.
- g) recién nacidos de sexo femenino.
- h) niños que nacen en grandes altitudes.
- i) niños nacidos de madres de corta estatura.

j) niños que nacen en gestaciones muy próximas.

Demuestra cómo los recién nacidos de bajo peso son muy frecuentes en:

1. Madres sin atención prenatal.
2. En complicaciones del embarazo como:
 - a) toxemia.
 - b) placenta previa.
 - c) hematoma retroplacentario.
 - d) rotura prematura de membranas.
 - e) anomalías del tractus genital.
 - f) enfermedades graves.
 - g) mujeres destruidas.
 - h) en mujeres con un embarazo previo que terminó desfavorablemente.
 - i) mujeres fumadoras.

8) *Edad de la madre*. Las mujeres de menos de 20 años, constituyen un grupo de alto riesgo, donde las tasas de mortalidad son muy altas. En igual sentido se observan estos riesgos en las mayores de 35 años. Nosotros¹⁰ hemos obtenido iguales observaciones, así como un incremento en las tasas de prematuridad en estas edades.

9) *Orden en los nacimientos*. La mortalidad es mayor en el primer embarazo, cae en el segundo embarazo y comienza a subir en el tercero, siendo la más alta en el quinto, y embarazos siguientes.

10) *Historia reproductiva previa de la madre*. Butler²⁴ encontró que cualquier paciente con historia previa de una muerte fetal, un parto prematuro, un nacido muerto o una muerte neonatal

tal, tenía más probabilidades de terminar su embarazo en forma desfavorable.

11) *Atención prenatal.* Tanto la cantidad de controles o la calidad influye en la mortalidad perinatal.

12) *Edad al fallecimiento.* En E.U.A. (1960), para todos los nacidos vivos, el

65% de las muertes ocurrió en menores de 7 días. En La Habana fue el 58.8% en el primer semestre de 1971, hecho que se explica por lo ya señalado: primero se reduce la mortalidad posneonatal, más esforzadamente la neonatal, pero manteniéndose un mayor por ciento relativo en este período.

CAUSAS DE MUERTE EN E.U.A. PRINCIPALES CAUSAS

<i>Cause</i>	<i>Rate per 1000 live births</i>
Congenital anomalies	3.2
Asphyxia of newborn	3.0
Immaturity	2.8
Influenza and pneumonia	2.3
Birth injuries	0.7
Gastrointestinal diseases	0.4
Other diseases of early infancy	5.7
All other causes	3.7
Total infant	21.7
Neonatal	15.9
Postneonatal	5.8

CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL 1968

<i>Cause</i>	<i>Perinatal rate per 1000 (all deaths)</i>	<i>Percentage incidence</i>	
		<i>Still-births</i>	<i>Early neonatal</i>
Intrapartum anoxia	7.1	30.8	8.7
Congenital malformation	5.8	17.5	21.6
Antepartum anoxia	3.4	17.4	
Intrapartum anoxia and cerebral birth trauma	2.1	7.8	5.3
Hyaline membrane	1.6		15.0
Pneumonia	1.5		13.3
Iso-immunization	1.3	4.4	4.2
Cerebral birth trauma	1.0	1.7	5.6
Intraventricular hemorrhage	0.7		6.4
Massive pulmonary hemorrhage	0.6		5.9
Antepartum—no major lesion	3.4	17.0	
Early neonatal—no histologic lesion	1.0		8.7
All other	1.3	3.4	5.3
No autopsy	2.4		

* From Butler and Bonham (7).

*Franz W. Rosa*¹¹ interpreta diáfana-mente el cuadro de la mortalidad perinatal internacional.

“En un extremo están los países con condiciones de salud avanzada donde los problemas más fácilmente previsibles de tipo infeccioso o nutricional se han controlado, haciendo resaltar los problemas perinatales que persisten. Estos son principalmente de tipo genético, anomalías congénitas, prematuridad y recién nacidos de bajo peso.

“Al otro extremo del espectro se encuentran los países menos desarrollados, que representan el mayor peso en la situación mundial de los problemas de salud, donde se unen las deficiencias en los datos perinatales. En general en estos países el componente posneonatal de la mortalidad infantil sobrepasa los problemas perinatales. No obstante la mortalidad perinatal es alta en estos lugares. El peso al nacer es generalmente más bajo, debido a la mala nutrición, anemia, toxemia, paludismo. La verdadera prematuridad es relativamente menos importante que las de bajo peso, de acuerdo con su edad gestacional. Son comunes las lesiones debidas al parto, particularmente en los partos prolongados. En algunos lugares el tétanos neonatorum (índice bajo de parto institucional), es responsable de una gran proporción de mortalidad neonatal.”

Nuestra provincia¹² podríamos situarla hipotéticamente en medio del espectro, avanzando hacia las zonas que ocupan los países desarrollados.

Donde apreciamos que el 58.8% de las muertes infantiles corresponden al período neonatal precoz (menos de 7 días) *Franz W. Rosa*¹¹ señala que en revisión sobre mortalidad infantil, celebrada en E.U.A.¹³ de las diferencias entre E.U.A., Escocia, Noruega, Países Bajos y Dinamarca, en estos lugares, las dos terceras partes de la mortalidad infantil ocurrió en el período neonatal. *Agüero*, de Venezuela, encuentra tasas de mortalidad perinatal de 52.7 y 43.9 por 1000 nacidos en el Hospital Concepción Palacios, señalando: “El resultado, con demasiada frecuencia, es una madre anémica y mal nutrida con reservas insuficientes y más tarde agotadas por embarazos casi continuos, obteniéndose un recién nacido de bajo peso que muere si le falta la lactancia materna o ésta se suprime por otro embarazo, cuyo crecimiento y desarrollo estarán comprometidos si sobrevive.

El estudio de 23 000 recién nacidos de la O.M.S.¹⁴ mostraron en los países menos desarrollados una amplia tendencia hacia un bajo peso al nacer de acuerdo a su edad gestacional. Estos recién na-

PROVINCIA HABANA, PRIMER SEMESTRE, 1971 (Fig. 5)

AÑOS	FETAL TARDÍA	NEONATAL PRECOZ (<7DS)	PERINATAL	INFANTIL	NACIDOS VIVOS
1968	16.1	17.6	33.7	33.9	21 080
1970	15.9	18.6	34.5	37.5	20 115
1971	14.9	17.2	32.1	29.2	24 650

Finalmente aunque dejemos a propósito inenclusas nuestras referencias, ya que es imposible lograrlo, vamos a referirnos a uno de los estudios más organizados y serios en el estudio de la mortalidad perinatal que se llevó a cabo por *Burton y Neville*²¹ en Gran Bretaña en 1958. En él participaron múltiples instituciones científicas altamente calificadas. Consistió en una encuesta que se aplicó a todas las madres que tuvieron niños vivos y muertos durante una se-

Finalmente aunque dejemos a propósito inenclusas nuestras referencias, ya que es imposible lograrlo, vamos a referirnos a uno de los estudios más organizados y serios en el estudio de la mortalidad perinatal que se llevó a cabo por *Burton y Neville*²¹ en Gran Bretaña en 1958. En él participaron múltiples instituciones científicas altamente calificadas. Consistió en una encuesta que se aplicó a todas las madres que tuvieron niños vivos y muertos durante una se-

paciente y su familia.

3) Aquellos asociados con los antec-

cidos de bajo peso al nacer muestran mayor retraso en su desarrollo que los prematuros verdaderos.

*Ross*¹¹ encuentra también como son favorables los embarazos subsiguientes por una más temprana reanudación de la ovulación en las madres cuando la lactancia se interrumpe y debilitando el deseo de un control del embarazo, por sus efectos sobre las complicaciones del embarazo y finalmente los mismos factores socioeconómicos y de escolaridad que conducen a la alta paridad también están presentes.

Igualmente señala que los embarazos en primíparas conllevan una alta mortalidad perinatal, del segundo al cuarto la tienen baja y de ahí en adelante la mortalidad perinatal aumenta con cada embarazo subsiguiente. *Mobley y Knox*, señalan una relación directa entre una alta paridad y bajo peso al nacer.

Cordon, como conclusión del estudio de *Harvard*, expresa que como consecuencia de la gran paridad, se produce el destete temprano con sus diarreas consecuentes. La Asociación de desnutrición con infecciones respiratorias y entericas comunes, constituyen el grueso de las tasas de mortalidad infantil de países subdesarrollados.

A esto se unirá la anemia materna por agotamiento de reservas de hierro.

Hutton,¹⁵ en la provincia de Alberto, Canadá, reportó tres grupos de factores previsible de la mortalidad perinatal:

- 1) Los que ocurren en el período prenatal o que comprenden decisiones hechas durante el período prenatal.
- 2) Los que ocurren en el Hospital.

mana del mes de marzo en ese país. Se logró un elevado porcentaje de necropsias. Luego se siguieron los niños vivos en su desarrollo psicomotor durante varios años. El resultado de las encuestas se analiza exhaustivamente en una primera oportunidad en base de la clasificación anatomopatológica. Posteriormente se hizo otro estudio dirigiendo la atención a los factores clínicoobstétricos. Ambos estudios se han publicado y difundido ampliamente, siendo referencia obligada en los estudios de mortalidad perinatal.

MATERIAL Y METODOS

Nuestro universo de trabajo será el estudio de niños nacidos muertos o muertos después del nacimiento y que vivieron hasta siete días, de más de 1 000 gramos o 28 semanas de embarazo en la provincia de La Habana.

Para recoger esta información contamos en particular con los Comités para la Reducción de la Mortalidad Perinatal constituidos en nuestros Hospitales Obstetricoginecológicos, y en general con la participación de todos los obstetras,

pediatras y trabajadores de nuestros hospitales de La Habana.

Como punto de partida, siguiendo las orientaciones del MINSAP, haremos nuestras comparaciones de datos en relación con el año 1968.

En primer lugar creemos conveniente hacer un breve examen de las "Tasas de los Componentes de la Mortalidad Infantil, Provincia de La Habana, años 1968-1970."¹

En esta tabla comprobamos cómo las muertes neonatales precoces (menores de 7 días) corresponden a más del 50% del total de muertes infantiles de la provincia, hecho que nos demuestra que es imposible la reducción de muertes menores de 1 año, si no reducimos la mortalidad neonatal. Además, apreciamos otro hecho interesante: la reducción de las tasas de muertes de 28 días a 11 meses, año por año es en forma rápida y evidente.

Esta observación era esperada, al igual que en otros países que han iniciado la tarea de reducir la mortalidad infantil. En las primeras etapas se reducen las muertes de 28 días a 11 meses, después

TASAS DE LOS COMPONENTES DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN ALGUNAS REGIONES DE LA PROVINCIA DE LA HABANA. AÑOS 1968-1970.

REGIONALES	MENORES DE 1 AÑO									TOTAL		
	- 7 días			7 - 27 días			28 días a 11 meses					
	1968	1969	1970	1968	1969	1970	1968	1969	1970	1968	1969	1970
PLAZA DE LA REV.	18.9	17.0	17.5	3.0	3.8	3.3	8.7	10.0	7.0	30.6	30.8	27.8
CENTRO HABANA	15.4	15.2	14.9	3.5	4.8	1.7	10.1	14.0	8.0	29.0	34.0	24.6
10 DE OCTUBRE	15.2	17.3	18.9	4.7	5.6	5.8	13.1	13.4	11.0	33.0	36.3	35.7
MARIANAO	15.2	16.2	14.5	3.1	2.7	3.8	10.8	12.0	11.4	29.1	30.9	29.7
MAYABECUE	6.4	14.3	10.2	1.9	7.9	6.2	7.9	7.6	4.3	16.2	29.8	20.7
TOTAL PROVINCIAL	14.9	15.7	16.2	3.6	4.9	4.1	11.2	13.6	9.5	29.7	34.2	29.8

FUENTE: DPTO. DE ESTADÍSTICAS PROVINCIAL.

TABLA #1.

de 7 a 27 días y finalmente se reducirán en forma paulatina los muertos de menos de 7 días. Este hecho no quiere decir que tengamos que esperar la reducción de un componente, para reducir otro, sino que debemos esperar descensos en aquellos grupos en que por acciones ambientales y preventivas es posible reducir relativamente rápido las muertes. Los factores perinatales, sin embargo, necesitan un trabajo largo, colectivo, co-

tidiano, tenaz, es una verdadera lucha por arrebatarle una vida a la muerte.

En estos cuadros se ponen en evidencia las tasas de mortalidad perinatal I, por regionales y provincialmente.⁴

Obsérvese que en la figura 8 analizamos defunciones y no tasas.

Consideramos que aunque discutible en términos estadísticos, este elemento de comparación y como punto de refe-

TASAS DE MORTALIDAD PERINATAL EN ALGUNAS REGIONES DE LA PROVINCIA DE LA HABANA. AÑOS 1968-1970.

REGIONALES	PERINATALES I								
	DEF. FETALES DE 28 SEMANAS Y MÁS			-7 DÍAS			TASAS		
	1968	1969	1970	1968	1969	1970	1968	1969	1970
PLAZA DE LA REV.	14,5	12,5	15,0	18,9	17,0	17,5	33,4	29,5	32,5
CENTRO HABANA	13,3	10,3	12,5	15,4	15,2	14,9	28,7	25,5	27,4
10 DE OCTUBRE	13,6	13,8	10,8	15,2	17,3	18,9	28,8	31,1	29,7
MARIANAO	16,1	13,6	16,4	15,2	16,2	14,5	31,3	29,8	30,9
MAYABEQUE	9,8	12,2	4,3	6,4	14,3	10,2	16,2	26,5	14,5
TOTAL PROVINCIAL	14,0	12,9	13,7	14,9	15,7	16,2	28,9	28,6	29,9

FUENTE: DPTO. DE ESTADÍSTICAS PROVINCIAL.

TABLE #2.

DEFUNCIONES PERINATALES I EN ALGUNAS REGIONES DE LA PROVINCIA DE LA HABANA.

REGIONALES	PERINATALES I								
	DEF. FET. DE 28 S. Y MÁS			MENORES DE 7 DÍAS			TOTAL		
	1968	1969	1970	1968	1969	1970	1968	1969	1970
PLAZA DE LA REV.	77	70	83	100	95	97	177	165	180
CENTRO HABANA	117	83	100	135	123	119	252	206	219
10 DE OCTUBRE	125	144	112	140	181	196	265	325	308
MARIANAO	146	131	157	138	156	138	284	287	295
MAYABEQUE	31	40	14	20	47	33	51	87	47
TOTAL PROVINCIAL	775	745	781	822	904	921	1597	1649	1702

FUENTE: DPTO. DE ESTADÍSTICAS PROVINCIAL

TABLE #3.

rencia para reducir nuestras muertes, ha sido y es un factor determinante en la reducción de la mortalidad en años sucesivos. Lógicamente se van produciendo reducción en las tasas, como consecuencia de un aumento de los nacidos vivos; nótese que las muertes en cifras absolutas se han incrementado discretamente:

Nacidos vivos

Año 1968	48 641
„ 1969	48 971
„ 1970	49 734

En el año 1970 se ofreció provincialmente un promedio de 7.2 consultas de Obstetricia por parto ocurrido.

Nuestros índices de cesáreas en hospitales provinciales docentes, que acumulan el mayor por ciento de nacimientos, se comportó de la forma siguiente:

Es necesario señalar que el Hospital Infantil 10 de Octubre y el Hospital de Plaza de la Revolución en los años 1968 y 1969 tenían aún una estructura mutualista; de ahí que esto tal vez nos explique sus incrementos en la operación cesárea.

Los índices de prematuridad en el primer semestre de los años 1969 y 1970⁵ para la provincia de La Habana fue:

Año 1969	11.0
„ 1970	10.9

FACTORES QUE INCIDEN EN LAS CAUSAS DE MUERTES PERINATALES I. ESTUDIO DE 614 FALLECIDOS EN EL AÑO 1970

Para realizar este estudio hemos tomado como fuentes las historias clínicas y tarjetas resúmenes, procesadas por los comités para la reducción de la mortalidad de un grupo representativo de hospitales obstétricos de la provincia de La Habana:

Hospital Ginecoobstétrico de Marianao, 128 fallecidos; Hospital Ginecoobstétrico América Arias, 259 fallecidos; Hospital Ginecoobstétrico Plaza de la Revolución, 58 fallecidos; Hospital Ginecoobstétrico Enrique Cabrera, 124 fallecidos; Hospital Ginecoobstétrico Mayabeque, 45 fallecidos.

Estos fallecidos tomados de los registros de la comisión provincial, se descomponen en:

Fetal tardía	330
Neonatal precoz (7 días)	284

Este trabajo comprende un 58% del total de muertes perinatales de los hospitales analizados, aunque es necesario señalar que en el Regional 10 de Octu-

UNIDADES.-	Cesáreas ⁵ Primitiva.-			Cesáreas ⁵ Global.-		
	1968	1969	1970	1968	1969	1970
Hosp. A. Arias.-	4.1	4.6	6.0	7.0	8.1	10.6
Hat. Marianao.-	3.2	4.3	4.2	8.3	8.9	9.4
Enrique Cabrera.-	4.5	4.3	6.3	9.4	8.3	9.6
Hat. Inf. 10 de Oct.-	4.6	2.5	5.4	10.4	9.3	11.3
Plaza de la Revolución.-	6.8	4.8	6.4	15.9	12.0	13.1

bre lo consideramos con sus dos hospitales, Mat. Infantil y Enrique Cabrera, aunque sólo procesamos el último, lo cual nos acercaría más en el objetivo de poseer una muestra representativa del fenómeno.

En esta tabla se comprueba que en el total de los casos estudiados, el 53% corresponde a fetal tardía y un 47% a muertes neonatales.

Correspondió a los de menos de 2500 gramos de peso al nacer, 210 fallecidos fetales tardías, y 213 neonatales preco-

ces, lo que representa un 63.6% y 75% respectivamente del total de casos estudiados.

A los menores de 1500 gramos correspondió, desglosados en fetales tardías y nacidos vivos, muertos antes de los siete días, el 27.8% y 38.7% respectivamente del total de los fallecidos revisados.

Observamos cómo el bajo peso al nacer influye de manera decisiva en nuestras muertes infantiles y perinatales.

COMPOSICIÓN DE LA MORTALIDAD PERINATAL I SEGÚN PESO DEL FETO Y RECIÉN NACIDO EN 614 DEFUNCIONES OCURRIDAS EN 1970 EN 5 HOSPITALES MATEROS REGIONALES DE LA PROVINCIA DE LA HABANA.

NOTA: F. T. = FETAL TARDÍA
N. P. = NEONATAL PRECOZ

COMPOSICIÓN PESO EN GRs.	MARIANO		CENTRO HABANA		10 DE OCTUBRE		PLAZA DE LA REVOLUCIÓN		MAYABEQUE		TOTAL	
	F.T.	N.P.	F.T.	N.P.	F.T.	N.P.	F.T.	N.P.	F.T.	N.P.	F.T.	N.P.
1001-1500	16	22	46	52	17	22	7	7	6	7	92	110
1501-2000	14	14	31	30	10	11	5	1	5	5	65	61
2001-2500	16	12	17	17	13	9	3	3	4	1	53	42
+ 2500	22	12	33	32	29	13	14	6	10	7	108	70
NO SE PRECISA	-	-	1	-	-	-	11	1	-	-	12	1
TOTAL	68	60	128	131	69	55	40	18	25	20	330	284
PERINATALES I	128		259		124		58		45		614	

FUENTE: TARJETAS PARA EL ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD PERINATAL. COMISIÓN PROVINCIAL HABANA. TABLA #5.

ATENCIÓN PRENATAL CUALITATIVA SEGÚN EL PESO EN 614 MUERTES PERINATALES I OCURRIDAS EN HOSPITALES MATEROS REGIONALES DE LA PROVINCIA DE LA HABANA EN EL AÑO 1970.

PESO EN GRAMOS	ATENCIÓN PRENATAL	MARIANO	CENTRO HABANA	10 DE OCTUBRE	PLAZA DE LA REVOLUCIÓN	MAYABEQUE	TOTAL
1001	ADECUADA	9	13	11	1	7	41
	A NO ADECUADA	9	30	17	2	5	63
	NO SE PRECISA	20	52	10	12	-	94
1501	ADECUADA	4	17	6	-	8	35
	A NO ADECUADA	10	33	12	2	3	60
	NO SE PRECISA	14	21	3	5	-	43
2001	ADECUADA	14	9	10	1	1	35
	A NO ADECUADA	4	10	4	2	3	23
	NO SE PRECISA	10	15	8	6	1	40
+ 2500	ADECUADA	9	21	22	4	10	66
	A NO ADECUADA	11	20	16	1	5	53
	NO SE PRECISA	14	27	4	13	3	61
TOTAL	ADECUADA	36	60	49	6	26	177
	A NO ADECUADA	34	93	49	7	16	199
	NO SE PRECISA	58	115	26	36	4	239

TABLA #6.

En esta tabla 6, tratamos de estudiar la atención prenatal. Era nuestra intención el análisis cuantitativo y cualitativo de la misma, para lo cual calificamos de adecuada aquella paciente que había recibido no menos de seis consultas en área rural y no menos de ocho consultas en área urbana. Además esta atención debía ser precoz, periódica y completa según normas.¹⁷

Sin embargo esta tabla pierde valor al no poder determinarse estos datos en 238 fallecidos (38%). En esto influye sin dudas la no exigencia de que la paciente conserve y entregue su carnet obstétrico al ingreso; además, todas estas variantes no estaban recogidas satisfactoriamente. No obstante, podemos afirmar que se vislumbra una atención prenatal que debemos mejorar.

Continuando el análisis de la atención prenatal en estos fallecidos, al observar la tabla 7, nos referimos a las pacientes consideradas A.R.O. (alto riesgo obstétrico).

Es bueno señalar que esta clasificación de las pacientes ARO, se generaliza

en nuestro medio, a partir de la Jornada de Normación de la Obstetricia, y más tarde en julio de 1970, circula como documento⁹ revisado en el plan de trabajo de la comisión provincial, para ser cumplido por los Comités Regionales e Institucionales para la reducción de la Mortalidad Perinatal.

De esta tabla podemos analizar que aún no se está jerarquizando adecuadamente la clasificación de pacientes con riesgo, inclusive los Comités Institucionales no pueden precisar si la madre del fallecido era de riesgo o no, en más del 50% de los casos estudiados.

Obsérvese además cómo participa el riesgo materno en las muertes, 134 casos que representan el 21.6% del universo de fallecidos.

Peso de los fallecidos y paridad de la madre

En esta tabla 8 se aprecia que el mayor número de muertes, para todos los pesos, corresponde a la paridad materna de 1 a 5 hijos. La Literatura mundial señala que en este grupo está el

PACIENTES CONSIDERADAS O NO DE ARO EN LAS 614 DEFUNCIÓNES PERINATALES [DEL AÑO 1970 ESTUDIADAS EN HOSPITALES MATERNO REGIONALES DE LA PROVINCIA DE LA HABANA.

PESO EN GRAMOS	ARO	MARIANAO	CENTRO HABANA	10 DE OCTUBRE	PLAZA DE LA REVOLUCIÓN	MAYABEQUE	TOTAL
1001 A 1500	SI	31	3	8	-	1	45
	NO	5	5	18	-	1	29
	NO SE PRECISA	7	81	13	14	7	122
1501 A 2000	SI	20	6	6	-	2	34
	NO	8	4	9	-	1	22
	NO SE PRECISA	4	44	10	6	6	72
2001 A 2500	SI	16	1	4	-	-	21
	NO	6	1	6	-	2	15
	NO SE PRECISA	4	39	12	8	1	64
+ DE 2500	SI	19	4	11	-	2	36
	NO	12	7	16	5	1	42
	NO SE PRECISA	3	56	15	28	13	125
TOTAL	SI	86	14	29	-	5	134
	NO	31	17	49	1	5	103
	NO SE PRECISA	18	220	52	60	27	377

TABLA #7.

MORTALIDAD PERINATAL I SEGÚN PARIDAD MATERNA Y PESO FETAL EN 614 CASOS DEL AÑO 1970 ESTUDIADOS EN HOSPITALES MATERNO REGIONALES DE LA PROVINCIA DE LA HABANA.

PESO EN GRAMOS	PARTOS ANTERIORES	MARIANAO	CENTRO HABANA	10 DE OCTUBRE	PLAZA DE LA REVOLUCIÓN	MAYABQUE	TOTAL
1001	0	20	23	14	2	4	63
A	1-5	15	48	24	3	7	97
1500	+ DE 5	3	4	1	1	-	9
	NO PRECISA	-	23	-	8	2	33
1501	0	9	19	7	3	3	31
A	1-5	17	33	13	1	7	71
2000	+ DE 5	2	3	1	-	-	6
	NO PRECISA	-	6	-	2	-	8
2001	0	11	8	4	-	4	27
A	1-5	14	23	15	4	1	57
2500	+ DE 5	3	-	3	1	-	7
	NO PRECISA	-	3	-	3	-	6
+ DC	0	17	21	13	5	3	59
A	1-5	16	31	22	5	13	87
2500	+ DE 5	1	6	7	3	1	18
	NO PRECISA	-	8	-	7	-	15
TOTAL	0	57	71	38	10	14	190
	1-5	62	135	74	13	28	312
	+ DE 5	9	13	12	5	1	40
	NO PRECISA	-	40	-	20	2	62

FUENTE: TARJETAS PARA EL ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD PERINATAL COMISIÓN PROVINCIAL HABANA, TABLA Nº.

mayor por ciento de nacimientos; dejamos sin embargo esta interrogante para investigaciones futuras en nuestro país.

Otro hecho muy interesante es el elevado número de fallecidos cuyas madres eran primíparas durante esta gestación. Para todos los pesos hubo un total de 190 fallecidos con estas características, que hace un 30.9% del total de muertes perinatales estudiadas. Además, los que tenían de 1000 a 1500 gramos de peso al nacer, hijos de madres sin partos anteriores, correspondió al 10.2% del total de fallecidos estudiados.

Las primigestas que tuvieron muertes perinatales I prematuros, sea de menos de 2500 gramos fue de 121 casos, que representa el 19.7% del total de casos estudiados.

De todo esto, podemos inferir los riesgos de la primípara en cuanto a mortalidad y prematuridad.

PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE PERINATAL I EN LOS 614 FALLECIDOS ESTUDIADOS EN EL AÑO 1970

En nuestro análisis de las causas de muerte, hemos preferido estudiarlas se-

gún la agrupación de *L. Persianinov*,¹⁸ ya que tiene ciertas características que nos facilitan obtener resultados de utilidad preventiva y asistencial.

Al igual que él, las clasificamos en varios grupos en razón de la entidad fundamental capaz de producir la asfixia del feto intrauterino o la muerte del recién nacido.

- A) Asfixia del feto condicionada por una insuficiencia de O₂ y un exceso de CO₂ o únicamente por la carencia de O₂ en el organismo de la madre, en casos de enfermedades e intoxicaciones.
- B) Asfixia del feto, condicionada por dificultades de la circulación sanguínea en los vasos del cordón umbilical o por perturbaciones de la circulación uteroplacentaria en casos de complicaciones del embarazo o del parto.
- C) Asfixia del feto, condicionada por enfermedades y perturbaciones de su sistema nervioso central.
- D) Asfixia del recién nacido condicionada por la obturación comple-

ta o parcial de las vías respiratorias.

En cada acápite, *Persianinov* agrupa toda una serie de enfermedades materno-fetales, que nos permiten ubicar la generalidad de las muertes. A esta monografía¹⁸ remitimos al lector.

En nuestra casuística, de las 614 pacientes:

a 437 se le realizó necropsia, el 71%;

a 108 no se le realizó necropsia, el 17.5%.

En 33 casos, el dato no lo pudimos precisar y en 36 casos no se llegó a diagnóstico clínico o anatomopatológico, o sea, el 11.5%.

A continuación vamos a reproducir los cuadros resumen, de las primeras causas de muerte fetales tardías y neonatales precoces, según los hospitales regionales donde se produjeron.

Agrupándolas provincialmente, podemos señalar que las enfermedades de la madre, del feto o de ambos, responsa-

PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE PERINATAL I EN LOS CASOS ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO DE MARIANAO (EN 128 FALLECIDOS). AÑO 1970.

E E I A L I A B R I A		N E O N A T A L P R E C O Z	
CAUSAS	NO. DE MUERTES	CAUSAS	NO. DE MUERTES
TOXEMIA	22	ATELECTASIA PULMONAR	
CIRCULARES DEL CORDÓN	8	MEMBRANA HIALINA	26
HEMATOMA RETROPLACENTARIO	6	BRONCOASPIRACIÓN DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO	9
ENF. HEMOLÍTICA DEL R. N.	4	MALFORMACIONES	8
BRONCOASPIRACIÓN DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO	4	LESIONES VALV. CONS.	(4)
DIABETES	3	OTRAS	(4)
HIDROCEFALIA	3	SEPSIS NEONATAL	7
PROLAPSO DEL CORDÓN	2	TRAUMA OBST. EN PELVIANA	3
		PLACENTA PREVIA	3
		TOXEMIA	4
TOTALES	52	TOTALES	60

PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE PERINATAL II EN LOS CASOS ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL "CLODOMIRA ACOSTA" (EN 58 FALLECIDOS). AÑO 1970.

E E I A L I A B R I A		N E O N A T A L P R E C O Z	
CAUSAS	NO. DE MUERTES	CAUSAS	NO. DE MUERTES
CIRCULARES DEL CORDÓN	6	BRONCOPNEUMONÍA	3
TOXEMIA	7	MEMBRANA HIALINA	3
INMADUREZ	3	HEMORRAGIA ABUDA	1
MALFORMACIONES	3	ENF. CARDIOVASCULARES DE LA MADRE	1
HIDROCEFALIA	(1)	PROLAPSO DEL CORDÓN	1
MENINGOCELE	(1)	DIABETES	1
F. GRAVES DE LES. VALV. CONS.	(1)	ENF. HEMOLÍTICA DEL R. N.	1
HEMATOMA RETROPLACENTARIO	2	MALFORMACIONES	1
PROLAPSO DEL CORDÓN	1		
DIABETES	1		
ENF. HEMOLÍTICA DEL R. N.	1		
TOTALES	24	TOTALES	12

bles del mayor número de fallecidos estarían representados por las siguientes:

Primeras causas de muertes fetales tardías provincialmente (según

L. Persianinov)

I—B) Asfixia del feto, condicionada por dificultades de la circulación sanguínea en los vasos del

cordón umbilical o por perturbaciones de la circulación uteroplacentaria, en casos de complicaciones del embarazo o del parto.

—B.1 Toxemia del embarazo.

—B.2 Patologías del cordón.

B. 2a enrollamiento apretado del cordón umbilical.

PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE PERINATAL I EN LOS CASOS ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO DE MAYABEQUE (EN 45 FALLECIDOS). AÑO 1970.

E CAUSAS	I NO. DE MUERTES	A CAUSAS	R NO. DE MUERTES
CIRCULARES DEL CORDÓN	7	ATELECTARIA PULMONAR	3
HEMATOMA RETROPLACENTARIO	5	MEMBRANA HIALINA	3
TOXEMIA	4	CIRCULARES DEL CORDÓN	1
PROLAPSO DEL CORDÓN	1	PROLAPSO DEL CORDÓN	1
DIABETES	1	HEMATOMA RETROPLACENTARIO	1
EMBARAZO PROLONGADO	1	TRAUMATISMO OBSTÉTRICO	1
ENF. HEMOLÍTICA DEL R. N.	1	ENF. HEMOLÍTICA DEL R. N.	1
		SEPSIS INTRAÚTERO R. P. M.	1
		MALFORMACIONES	2
TOTALES	20	TOTALES	14

PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE PERINATAL I EN LOS CASOS ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL "ENRIQUE CABRERA" (EN 124 FALLECIDOS). AÑO 1970.

E CAUSAS	I NO. DE MUERTES	A CAUSAS	R NO. DE MUERTES
MALFORMACIONES	13	ATELECTASIA PULMONAR	
ANENCEFALIA	(3)	MEMBRANA HIALINA	38
HIDROCEFALIA	(3)	IMADUREZ	
MENINGOCELE	(2)	MALFORMACIONES	8
OTRAS	(5)	LESIONES VALV. CONGÉNITAS	(4)
TOXEMIA	17	OTRAS	(4)
HEMATOMA RETROPLACENTARIO	11	TRAUMA OBSTÉTRICO	8
DIABETES	8	TOXEMIA	2
BRONCOASPIRACIÓN DE LÍQUIDO AMNIÓTICO	5	DIABETES	2
PROLAPSO DEL CORDÓN	3		
PLACENTA PREVIA	3		
CIRCULARES DEL CORDÓN	2		
TOTALES	62	TOTALES	58

NOTA: SE HA INCLUIDO MAS DE UNA CAUSA.

con su compresión ulterior.

B. 2b Prolapso del cordón.

II C Asfixia del feto, condicionada por enfermedades y perturbaciones de su sistema nervioso central.

D-1 Hidrocefalia.

D-2 Acrania.

D-3 Meningocele.

D-4 Lesiones valvulares y otras.

III Grupo B. Diabetes.

Primeras causas neonatales precoces o antes de los 7 días provincialmente (según Persianinov)

I—D) Asfixia del recién nacido, condicionada por la obturación completa o parcial de las vías respiratorias.

D.1 Atelectasia y membrana hialina.

D.2 Neumonía del recién nacido (no pudiendo precisarse si fue adquirida intraútero o neonatal).

I—C) Asfixia del recién nacido, condicionada por enfermedades y perturbaciones de su sistema nervioso central.

C.1 Malformaciones del feto como lesiones valvulares congénitas graves, acrania, hidrocefalia y otras malformaciones.

C.2 Traumatismos intracraniales, producidos por efecto de influencias mecánicas externas sobre el feto, en general, y sobre su cabeza en particular. Incluye distorcias del parto.

CONCLUSIONES

1. En la provincia de La Habana, el 58.8% de los fallecidos menores de 1 año, correspondió a muertes neonatales precoces antes de los 7 días. (Años 1968, 1970).

PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE PERINATAL I EN LOS BAMBOS ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL "AMÉRICA ASIÁTICA" (EN 259 FALLECIDOS), AÑO 1970.

CAUSAS	NO. DE MUERTES	CAUSAS	NO. DE MUERTES
CIRCULARES DEL CORDÓN	22	BRONCONEUMONÍA	48
TOXEMIA	31	ATELECTASIA	39
HEMATOMA RETROPLACENTARIO	17	MALFORMACIONES	14
HEMORRAGIA AGUDA	7	LESIONES VALV. CONG.	(4)
MALFORMACIONES	7	ANENCEFALIA	(2)
ANENCEFALIA	(2)	MENINGOCELE	(1)
MICROCEFALIA	(1)	OTRAS	(7)
OTRAS	(4)	INMADUREZ	10
DIABETES	4	BRONCOASPIRACIÓN DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO	10
SHOCK	1	HEMORRAGIA AGUDA	2
		TRAUMATISMO INTRABRANCIAL	2
		ENF. HEMOLÍTICA DEL R. N.	1
TOTALES	89	TOTALES	126

Para desarrollar el Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil, es indispensable el análisis profundo de los factores que intervienen en la mortalidad perinatal, y así lograr un descenso de sus tasas.

2. Nos adherimos a algunas definiciones propuestas por la O.M.S. que consideramos necesarias para lograr uniformidad en los registros de datos primarios.

Actualizamos las condicionales requeridas para considerar a la Paciente de Alto Riesgo Obstétrico (A.R.O.).

3. Hacemos un recuento histórico del análisis de las muertes perinatales en nuestro país. Se revisan resultados obtenidos por diversos autores.
4. Comparamos las cifras de mortalidad infantil de La Habana en el primer semestre en los años 1968, 1970 y 1971.

Se comprueba una reducción en las tasas y un incremento de 4 535 nacidos vivos en el año 1971.

Comprobamos una evidente reducción de muertes en los períodos de 28 días a 11 meses de nacido.

5. Defendemos el criterio de estudiar cifras absolutas de fallecidos, además de tasas. Este elemento de trabajo, ha sido y es factor determinante en la reducción de la mortalidad en La Habana.
6. Se presenta un informe preliminar de 614 muertes perinatales ocurridas en el año 1970, en la provincia de La Habana. Se toma como fuente, las tarjetas registradas por los Comités Institucionales de Mortalidad Perinatal, de cinco hospitales ginecoobstétricos regionales.

Este número de fallecidos, desglosados en tardías y neonatales precoces, corresponden al 58% del total de muertes perinatales ocurridas en los hospitales estudiados.

7. Ratificamos la influencia del bajo peso al nacer como causa de muerte. Esta conclusión la inferimos, ya que al comparar el total de muertos por peso, encontramos los siguientes resultados:

Productos de la concepción que pesaron menos de 2 500 gramos, fue un 63.6% de las muertes fetales y 75% de las neonatales.

Los que pesaron menos de 1 500 gramos alcanzaron un 27.8% de las fetales y 38.7% de las neonatales.

8. Otro fenómeno observado es la alta incidencia de primíparas, el 30%. Destacamos los riesgos de la primiparidad en relación con la prematuridad y con incrementos en la mortalidad perinatal.
9. Al analizar la atención prenatal, se pone en evidencia la incidencia de muertes perinatales en madres de riesgo, incidencia que pudo ser mayor, ya que en el 38% de las mujeres estudiadas no pudimos recoger el dato, por no poseer el carnet obstétrico al ingreso.

Se demuestra la necesidad de mejorar cualitativamente la atención prenatal, jerarquizando y concentrando nuestros recursos en las gestantes de alto riesgo obstétrico.

10. Estudiamos las primeras causas de muerte en un grupo de hospitales ginecoobstétricos de La Habana, clasificándolas en fetales y neonatales, siguiendo las recomendaciones de *L. Persianinov*.

De este análisis llegamos a las siguientes conclusiones:

- a) Dirigir nuestras investigaciones futuras hacia el estudio de la profilaxis y terapéutica de la prematuridad.

Como fenómeno que obligadamente tenemos que reducir su incidencia, si aspiramos a continuar reduciendo la mortalidad infantil.

- b) Exigir y controlar el cumplimiento de las normas de atención al parto, incorporando nuevas técnicas y metodologías, capaces de detectar precozmente la anoxia fetal intraparto, "vigilar el foco fetal" y prevenir la duración excesiva del parto, el período expulsivo prolongado y la fiebre intraparto.
- c) Estricto cumplimiento de las Normas Nacionales de atención a la toxemia gravídica. Añadiendo la necesidad de ofrecerles a estas pacientes durante su embarazo u hospitalización, cuidados especiales referentes a lograr un diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado. Con este proceder, seremos capaces de detectar el momento en que la disfunción placentaria, sitúa en precario la sobrevivencia fetal.
- d) Estudiar epidemiológicamente las malformaciones congénitas, ya que así podremos determinar y suprimir factores como hábitos de la mujer, baja escolaridad, iatrogenia medicamentosa y la automedicación, que seguramente están influyendo en su incidencia.

11. Otra conclusión que debemos señalar es que aún no estamos utilizando en nuestro programa todos los elementos objetivos y subjetivos que poseemos, tales como:

Instrumentar a través de la Federación de Mujeres Cubanas por nuestros medios de difusión, la educación a nuestra masa femenina referente a prevenir embarazos:

- a) en gestantes menores de 19 años.
 - b) en mujeres de alto riesgo, añosas o de gran paridad.
 - c) en jóvenes estudiantes.
 - d) mujeres que tienen partos consecutivos mediando poco tiempo entre gestaciones.
12. Finalmente concluimos comprometiéndonos a continuar trabajando en nuevas investigaciones, trazándonos como objetivos específicos el estudio de factores asistenciales y médicosociales que son responsables de producir los fallecimientos. Al unísono, trazarnos una estrategia que nos permita evaluar cualitativamente y con fines críticos el escenario de la mortalidad perinatal, representados en:
 - a) durante la atención prenatal.
 - b) al ingreso en nuestros hospitales ginecoobstétricos.
 - c) salas de hospitalización de gestantes normales y patológicas.
 - d) salas de trabajo de parto.
 - e) durante la atención al parto, y
 - f) durante los cuidados inmediatos al recién nacido y en servicios de neonatología.

SUMMARY

Vázquez C., J., et al. *A preliminary report of the perinatal mortality study in Havana Province*. Rev. Cub. Ped. 44: 1, 1972.

A preliminary report on 614 perinatal death occurred over the year of 1970 in Havana Province is presented. Cards registered by the Perinatal Mortality Institutional Committees from five regional gynec-obstetrics hospitals are taken as sources. This number of dead infants, divided into late and early neonatal ones, corresponded to 58% of the total perinatal deaths found at the studied hospitals. Influence of birth low weight as a death cause is stressed.

RESUME

Vázquez C., J., et al. *Un rapport préliminaire d'étude de la mortalités périnatal dans la province de la Havane*. Rev. Cub. Ped. 44: 1, 1972.

On présente un rapport préliminaire de 614 morts périnatales, survenu en 1970 à la Havane. On prend comme base les fiches enregistrés par les comités institutionaux de mortalités périnatale de cinq hôpitaux gineco-obstétriques régionaux. Ce nombre de mortalités se divise en tardives et nouveau-nées précoces, qui constituent le 58% du total de mortalités périnatales, survenues dans les hôpitaux où nous avons fait ces études. On ratifie l'influence du bas poids au moment de la naissance comme une cause de mort.

РЕЗЮМЕ

Вазкез К. Х., и др. Предварительное сообщение исследований о перинатальной смертности в провинции Гавана.

Приводится предварительное сообщение 614 перинатальных смертей, происшедших в 1970 году в провинции Гавана. В качестве источника используются анкеты контроля Комитетов по перинатальной смерти 5 районных акушерство-гинекологических госпиталей. Такое количество смертей, разделённых на поздние и ранние, соответствует 58% общей суммы перинатальных смертей, имевших место в исследованных госпиталях. Подтверждается мнение о влиянии низкого веса при рождении на смертность.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Proyecto de Definiciones y Recomendaciones. Planificación y Estadísticas de Salud Pública, MINSAP, Cuba, 1970.
- 2.—Encuesta de Mortalidad Perinatal I Provincial Habana, MINSAP, año 1971. Desarrollada por la Comisión Provincial para la reducción de la Mortalidad Perinatal.
- 3.—S. *Dexens Font*: Factores satélites de la Mortalidad Perinatal. Revista "Toke-Ginecología Práctica", tomo XXV, Junio-Julio, 1966, número 241.
- 4.—Informe estadístico de la Mortalidad Infantil en la Provincial Habana, años 1968-69-70. Dpto. Estadístico Provincial Habana, MINSAP.
- 5.—Salud Pública en Cifras y Gráficas, Prov. Habana, años 1968, 1969 y 1er. semestre 1970.
- 6.—*Helen M. Wallace*: Factores asociados con la Morbilidad y Mortalidad Perinatal. Clinical Obstetrics and Gynecology, Vol. 13, No. 1, Marsch 1970, pág. 63.
- 7.—*Winslow T. Tomkins*: Esfuerzos nacionales para reducir la mortalidad y morbilidad perinatal. Clin. Obst. Gynecol. Vol. 13, No. 1, 1970, page 44-56.
- 8.—Organización de la Comisión para análisis de la mortalidad perinatal. Normas de Obstetricia. Pág. 336-338. Instituto del Libro, Cuba, 1970.
- 9.—Actividades realizadas y plan inmediato de la Comisión Provincial de Reducción de la mortalidad perinatal. Habana, MINSAP, Sept. 1970.
- 10.—*Candebat, Molina y Vázquez*. Informe preliminar entre la relación de la edad de la gestante y la mortalidad perinatal. Estudio en 2725 nacimientos. Grupo Provincial Habana.
- 11.—*Franz W. Rosa, M. D. y M. P. H.* Aspectos internacionales de la mortalidad perinatal. De la Unidad de Atención a la Mujer y el Niño, OMS, Génova, Suiza, Clinical Abstetries, and Gynecology, Vol. 13, No. 1, March 1970, pág. 57-78.

- 12.—Mortalidad Infantil, Dirección Provincial Habana, MINSAP. Estudio comparativo del Primer semestre años 1968-70-71. Departamento Estadísticas Provincial Habana, MINSAP.
- 13.—National Institute of Child, Health and Human Development Key ISSVES in reducin infant mortaliti, report of a conference, April 16-18, 1969, Bethesda, MD.
- 14.—Wld. Hlth. Org. Techn. Resp. Ser. Public Health Aspects of Low Birth Weingth No. 217, 1961, P5.
- 15.—Hultton, H. M. Study of perinata deaths as e means of impreving perinatal Mortality and Morbilet y Obstand Gynec. 24, 396, 1964.
- 16.—Relación del peso al nacer, la edad fetal y rapidez del crecimiento intrauterino con la mortalidad perinatal. J. Yarushalmy Clinical Obst. and Gynec. Vol. 13, No. 1, March 1970. Pág. 107-129.
- 17.—Normas de Obstetricia, Programa de Atención Integral a la Mujer, Pág. 315-327, Cuba 1970, Instituto del Libro.
- 18.—L. Perstaninov. Asfixia del feto y del recién nacido. Editorial Mir, Moscú, URSS, 1970. Pág. 53-104.
- 19.—William A. Silverman. Asistencia intensiva de los lactantes con bajo peso al nacer y con otros riesgos, Clinical Obst. and G. Vol. 13, No. 1, Mar. 1970.
- 20.—Helen A. Hunscher, W. T. Influencia de la nutrición materna sobre el resultado inmediato y futuro del embarazo. Tompkins, Clinical Obst. and Gynec. Vol. 13, No. 1, Marzo 1970, pp. 130-144.
- 21.—E. M. Gold, W. M. Ballar. Papel de la planificación familiar en la prevención del malogramiento del embarazo, Clinical Obst. and Gynec. Vol. 13, No. 1, marzo 1970, pp. 145-156.
- 22.—J. Poseiro. Causas de sufrimiento fetal. Aportado del Quinto Congreso Uruguayo de Ginecología, Tomo I. Montevideo, Uruguay, 1969, pp. 560-594.
- 23.—R. Caldeyro Barcia. Fisiopatología del sufrimiento fetal. Aportado del Quinto Congreso Uruguayo de Ginecología, Tomo I. Montevideo, Uruguay, 1969. pp. 529-559.
- 24.—Butter, Neville, R. Perinatal Problems. Editado por R. Neville Butter y Eva D. Alberman, London Edt. E. S. Levingston I.T.D. 1969.
- 25.—Harold Jacokziner y Col. Reanimación del Recién Nacido. Nonografía. Abranson y Col. Salvat Editres. 1969. 2da. edición.