

## Algunas cifras de mortalidad en el recién nacido en la ciudad de Bahía Blanca

R.E. ALVAREZ, C. DEGUER, A. BESENDO,  
J.C. SCHIEDA, D. SCARPACCI, Marta D'AGOSTINO\*

El objetivo de nuestro trabajo es publicar cifras de mortalidad neonatal y perinatal, escasas en nuestro medio, y valorar la influencia del nivel socioeconómico y de los recursos médicos, de enfermería y de infraestructura en dicha mortalidad. Por último, programar acciones a desarrollar en el sector público basados en la realidad que muestran las cifras.

### MATERIAL Y METODOS

Se tomaron los nacimientos producidos entre el 1-1-81 y el 31-12-84 en un servicio público (Hospital Penna) (HP) y uno privado (Hospital Italiano) (HI). La diferencia radica fundamentalmente en que el HI cuenta con:

- un nivel socioeconómico que posibilita la atención personalizada
- una planta física y aparatología que permite mejor aislamiento y asistencia respiratoria, al contar con oxígeno-aire-aspiración centrales.
- la presencia de neonatólogos de guardia

1. Frecuencia relativa %  
en la población

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de la patología}}{\text{total de embarazos}} \times 100$$

2. Frecuencia relativa %  
dentro de las patologías

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de la patología}}{\text{total de patologías}} \times 100$$

\* Departamento de Maternidad e Infancia, Hospital General Interzonal "Dr. José Penna" y Servicio de Neonatología, Hospital Italiano Regional del Sud, 8000 Bahía Blanca.

activa las 24 hs. (desde 1983).

Es de destacar el hecho de que en ambos lugares, al trabajar el mismo grupo humano, las normas son idénticas.

Se obtuvieron datos a partir de 10.370 recién nacidos, fruto de 10.405 partos, analizándose comparativamente las estadísticas correspondientes.

### RESULTADOS

Durante el período mencionado se produjeron 2981 partos (y 2897 recién nacidos vivos) (RNV) en el HI, y 7514 partos con 7473 RNV en el HP. Cabe mencionar que la población estudiada representa el 45,4% del total de RNV anotados en el Registro Nacional de las Personas del Partido de Bahía Blanca.

Se estudiaron las causas de mortalidad neonatal año por año, según peso al nacimiento, y edad gestacional, así como también la mortalidad fetal, neonatal precoz y perinatal. Se utilizaron las siguientes tasas:

3. Mortalidad específica por patología  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de muertos de una patología}}{\text{total de casos de una misma patología}} \times 1000$
4. Tasa de mortalidad neonatal  $\frac{\text{N}^\circ \text{ muertes neonatales hasta 28 días}}{\text{N}^\circ \text{ total RNV}} \times 1000$
5. Tasa de mortalidad neonatal precoz  $\frac{\text{N}^\circ \text{ muertes en la primera semana (500g ó más)}}{\text{N}^\circ \text{ de RNV (500g ó más)}} \times 1000$
6. Tasa de mortalidad fetal  $\frac{\text{Muertes fetales (500g ó más)}}{\text{N}^\circ \text{ RNV} + \text{muertes fetales (500g ó más)}} \times 1000$
7. Tasa de mortalidad perinatal  $\frac{\text{Muertes fetales} + \text{muertes primera semana (500g ó más)}}{\text{RNV} + \text{muertes fetales (500g ó más)}} \times 1000$
8. Contribución % a la mortalidad  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de muertes de una patología}}{\text{total de muertes}} \times 1000$

Se usaron las definiciones acordadas por la OMS para estadísticas perinatales:

**Nacimiento:** es la expulsión completa o extracción de un feto de 500 g ó más, independientemente de su edad gestacional.

**Recién nacido vivo (RNV):** expulsión completa o extracción de un niño de 500 g de peso o más, que respira, presenta latidos cardíacos, pulso en el cordón, o movimientos definidos de los músculos voluntarios.

**Recién nacido fallecido (RNF):** expulsión completa o extracción de un feto de 500 g ó más, sin signos vitales después del nacimiento.

**Aborto:** expulsión completa o extracción de un feto o embrión que no alcanza los 500 g.

**Muerte en la primera semana:** es la muerte de un RNV de 500 g ó más antes que se completen los primeros siete días de vida.

**Bajo peso al nacer:** menos de 2500 g al momento del nacimiento.

**Edad gestacional (EG):** número de semanas completas transcurridas entre el primer día de la última menstruación y el parto. Para la valoración de la EG luego del nacimiento se usó el método Capurro.

**Período neonatal:** lapso entre el nacimiento y el 28° día completo de vida.

Para la inclusión de los RN en las diferentes patologías se usan los siguientes criterios:

**Malformaciones mayores:** letal, requiere cirugía o deja defecto severo.

**Inmadurez:** 27 semanas de edad gestacional o menos por fecha de la última menstruación.

**Hipoxia-anoxia perinatal:** Apgar 5 o menos al 5° minuto de vida.

**Síndrome de dificultad respiratoria (SDR):** dificultad respiratoria de más de 24 hs. de duración, compatible en enfermedad de membrana hialina, síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial, SDR tipo II, cardiopatías.

**Infecciones:** sepsis por clínica y laboratorio.

**Eritroblastosis:** complicaciones por incompatibilidad Rh.

Si bien para confirmar la causa de la mortalidad neonatal se necesita información post mortem completa, al no contar con dicho método para todos los casos la clasificación resulta netamente clínica.

## RESULTADOS

En la tabla I se ve la evolución de la mortalidad neonatal por mil RNV, año por año, según el peso. Una observación importante es la incidencia del bajo peso en la mortalidad.

En la figura 1 se observa la evolución de

1981

| HOSPITAL ITALIANO  |     |      |     |       |          |      |
|--------------------|-----|------|-----|-------|----------|------|
| Peso de nacimiento | RNV |      | RNF |       | Frec.    | TM%  |
|                    | Nº  | %    | Nº  | TME % | Rel. RNF | RNV  |
| < 999              | 3   | 0.44 | 2   | 66    | 20%      | 2.9  |
| 1000-1499          | -   | -    | -   | -     | -        | -    |
| 1500-1999          | 7   | 1.04 | 1   | 14.1  | 11%      | 1.49 |
| 2000-2499          | 38  | 5.66 | 2   | 5.2   | 20%      | 2.9  |
| 2500-3999          | 573 | 85.3 | 5   | 0.8   | 50%      | 7.4  |
| > 4000             | 50  | 7.4  | -   | -     | -        | -    |
| Total              | 621 | 100  | 10  | -     | -        | -    |

| HOSPITAL PENNA     |      |      |     |       |          |      |
|--------------------|------|------|-----|-------|----------|------|
| Peso de nacimiento | RNV  |      | RNF |       | Frec.    | TM%  |
|                    | Nº   | %    | Nº  | TME % | rel. RNF | RNV  |
| < 999              | 11   | 0.51 | 9   | 81    | 23.6%    | 4.21 |
| 1000-1499          | 13   | 0.61 | 4   | 30,7  | 10,5     | 1.87 |
| 1500-1999          | 52   | 2.44 | 12  | 23,0  | 31,55    | 5.60 |
| 2000-2499          | 101  | 4.74 | 8   | 7.9   | 21.0     | 3.74 |
| 2500-3999          | 1756 | 82.5 | 5   | 0.2   | 13.1     | 2.34 |
| > 4000             | 195  | 9.1  | -   | -     | -        | -    |
| Total              | 2128 | 100  | 38  | -     | -        | -    |

1982

|           |     |      |    |      |      |     |           |      |      |    |      |      |      |
|-----------|-----|------|----|------|------|-----|-----------|------|------|----|------|------|------|
| < 999     | 4   | 0.6  | 4  | 100  | 28.5 | 61  | < 999     | 6    | 0.3  | 6  | 100  | 17.1 | 3.07 |
| 1000-1499 | 3   | 0.4  | 2  | 66   | 14.2 | 3.0 | 1000-1499 | 21   | 1.0  | 14 | 66.6 | 40.0 | 7.13 |
| 1500-1999 | 11  | 1.7  | 2  | 18.1 | 14.2 | 3.1 | 1500-1999 | 32   | 1.6  | 9  | 28.1 | 25.7 | 4.59 |
| 2000-2499 | 21  | 3.2  | -  | -    | -    | -   | 2000-2499 | 114  | 5.9  | 10 | 8.7  | 28.5 | 5.10 |
| 2500-3999 | 559 | 86.5 | 6  | 1.1  | 42.0 | 9.2 | 2500-3999 | 1605 | 82.5 | 6  | 0.4  | 17.1 | 3.07 |
| > 4000    | -   | -    | -  | -    | -    | -   | > 4000    | 166  | 8.5  | -  | -    | -    | -    |
| Total     | 650 | 100  | 14 | -    | -    | -   | Total     | 1944 | 100  | 45 | -    | -    | -    |

1983

|           |     |      |    |      |      |     |           |      |      |    |      |      |      |
|-----------|-----|------|----|------|------|-----|-----------|------|------|----|------|------|------|
| < 999     | 4   | 0.5  | 4  | 100  | 30.7 | 5.1 | < 999     | 13   | 0.7  | 13 | 100  | 37.1 | 7.36 |
| 1000-1499 | 9   | 1.1  | 6  | 66.6 | 38.4 | 6.4 | 1000-1499 | 13   | 0.7  | 7  | 53.8 | 20.0 | 3.97 |
| 1500-1999 | 14  | 1.8  | 2  | 14.2 | 15.3 | 2.5 | 1500-1999 | 34   | 1.9  | 8  | 23.5 | 22.8 | 4.54 |
| 2000-2499 | 32  | 4.1  | -  | -    | -    | -   | 2000-2499 | 108  | 6.2  | 2  | 1.9  | 5.7  | 1.13 |
| 2500-3999 | 661 | 84.4 | 2  | 0.3  | 15.3 | 2.5 | 2500-3999 | 1437 | 82.0 | 5  | 0.3  | 14.2 | 2.84 |
| > 4000    | 63  | 8.0  | -  | -    | -    | -   | > 4000    | 149  | 8.5  | -  | -    | -    | -    |
| Total     | 783 | 100  | 13 | -    | -    | -   | Total     | 1754 | 100  | 35 | -    | -    | -    |

1984

|           |     |      |   |      |      |     |           |      |      |    |      |      |      |
|-----------|-----|------|---|------|------|-----|-----------|------|------|----|------|------|------|
| < 999     | 3   | 0.4  | 2 | 66.6 | 28.5 | 2.5 | < 999     | 8    | 0.4  | 8  | 100  | 36.3 | 4.84 |
| 1000-1499 | 1   | 0.1  | 1 | 100  | 14.2 | 1.3 | 1000-1499 | 10   | 0.6  | 4  | 40.0 | 18.1 | 2.42 |
| 1500-1999 | 15  | 1.9  | 1 | 6.6  | 14.2 | 1.3 | 1500-1999 | 45   | 2.7  | 4  | 8.8  | 18.1 | 2.42 |
| 2000-2499 | 36  | 4.5  | - | -    | -    | -   | 2000-2499 | 81   | 5.0  | 2  | 2.4  | 9.0  | 1.21 |
| 2500-3999 | 673 | 85.0 | 3 | 0.4  | 42.8 | 3.8 | 2500-3999 | 1379 | 84.0 | 4  | 0.3  | 18.1 | 2.42 |
| > 4000    | 65  | 8.2  | - | -    | -    | -   | > 4000    | 120  | 7.3  | -  | -    | -    | -    |
| Total     | 793 | 100  | 7 | -    | -    | -   | Total     | 1643 | 100  | 22 | -    | -    | -    |

**TABLA I: MORTALIDAD NEONATAL SEGUN PESO DE NACIMIENTO**

RNV: Recién nacidos vivos; TME: Tasa de mortalidad específica; TM: Tasa de mortalidad neonatal; Frec. rel. RNF: frecuencia relativa en los recién nacidos fallecidos.

la mortalidad neonatal global. Es necesario destacar la mejoría en las tasas de mortalidad en ambos criterios. Asimismo se señala que en uno de ellos (HI) que cuenta con mejor planta física y asistencia respiratoria, la cifra

de mortalidad mejora netamente con la aparición de la guardia de neonatología (mediados de 1983). Esto nos hace concluir en lo ya sabido: la mejoría de la atención perinatólogica se funda principalmente en los recursos humanos más que en la tecnología.

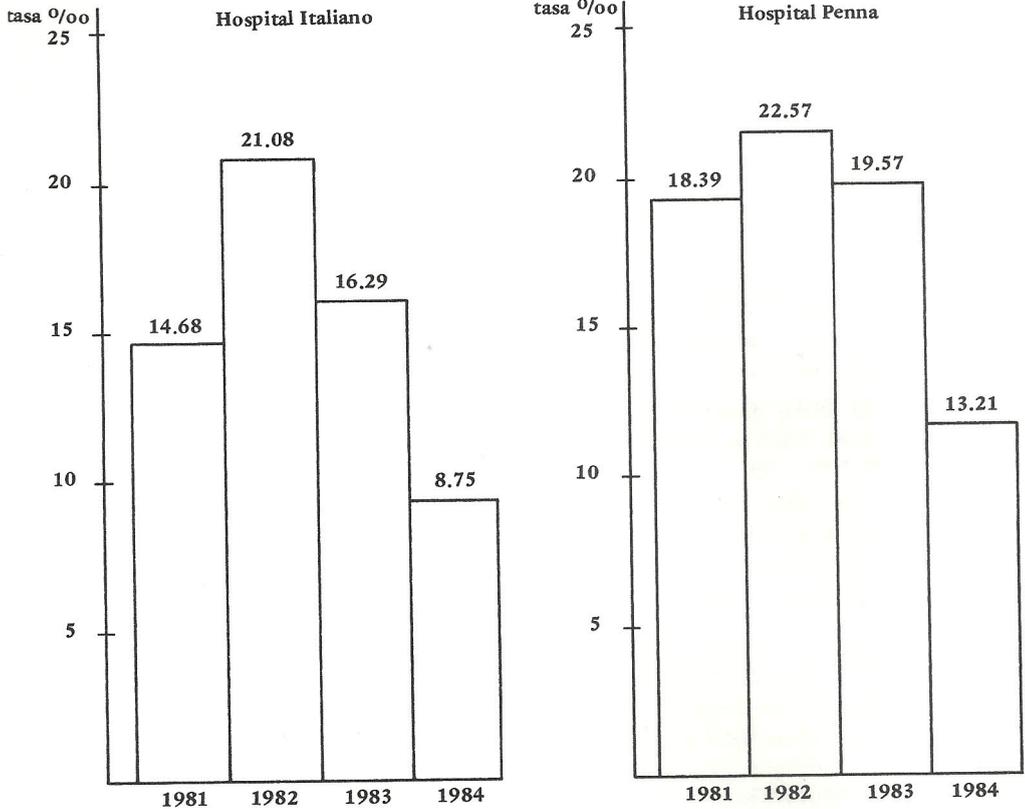


Figura 1: EVOLUCION DE LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL PERIODO ESTUDIADO

En la tabla II se comparan datos de mortalidad neonatal con centros perinatológicos de referencia. Se destaca que nuestras estadísticas no son depuradas, incluyendo por tanto malformaciones y todo RNV de más de 500 g.

En la tabla III están unificados los años 1981 al 1984 en ambos lugares. De las tablas IV y V surge como interesante la similitud de resultados, lo que se explica por el uso de las mismas normas y, con algunas variantes, del mismo personal médico. Con respecto a la incidencia del bajo peso es notable la diferencia, quizás atribuible, entre otras variables, a nivel socioeconómico.

En la tabla IV se observa la contribución del bajo peso a la mortalidad. Se constata la menor incidencia del bajo peso en la institución privada, y la gran importancia del bajo peso en la mortalidad en la pública.

De las tablas I, III y IV surge que en el HI el 6.92 % de la población total contribuye con más de la mitad de la mortalidad neonatal. En el HP, el 8.84% de la población general contribuye con más de las dos terceras partes a la mortalidad infantil, siendo tal vez éste uno de los datos más importantes de nuestra estadística. Se analiza también la mortalidad neonatal relacionada con la edad gestacional (en la tabla V). En ambos lugares

| LUGAR                            | TASA  | AÑO  |
|----------------------------------|-------|------|
| St. Boniface, Winnipeg, Canadá   | 3.5   | 1973 |
| Women's College, Toronto, Canadá | 5.6   | 1978 |
| Suecia                           | 5.8   | 1977 |
| Suiza                            | 7.4   | 1977 |
| Maternidad Sardá, Buenos Aires   | 9.3   | 1981 |
| Provincia de Buenos Aires        | 14.2  | 1981 |
| Hospital Italiano, Bahía Blanca  | 8.75  | 1984 |
| Hospital Penna, Bahía Blanca     | 13.21 | 1984 |

TABLA II: CIFRAS DE MORTALIDAD NEONATAL

| HOSPITAL ITALIANO  |      |      |     |       |                |         | HOSPITAL PENNA     |      |       |     |       |                |         |
|--------------------|------|------|-----|-------|----------------|---------|--------------------|------|-------|-----|-------|----------------|---------|
| Peso de nacimiento | RNV  |      | RNF |       | Frec. rel. RNF | TM% RNV | Peso de nacimiento | RNV  |       | RNF |       | Frec. Rel. RNF | TM% RNV |
|                    | Nº   | %    | Nº  | TMF % |                |         |                    | Nº   | TMF % | Nº  | TMF % |                |         |
| < 999              | 14   | 0.5  | 11  | 78.5  | 25.0           | 3.7     | < 999              | 38   | 0.5   | 36  | 94.7  | 25.7           | 4.8     |
| 1000-1499          | 13   | 0.4  | 9   | 69.2  | 20.4           | 3.1     | 1000-1499          | 57   | 0.8   | 29  | 51.0  | 20.7           | 3.8     |
| 1500-1999          | 47   | 1.6  | 6   | 12.7  | 13.6           | 2.1     | 1500-1999          | 163  | 2.2   | 33  | 20.2  | 23.5           | 4.4     |
| 2000-2499          | 127  | 4.3  | 2   | 1.5   | 4.5            | 0.7     | 2000-2499          | 404  | 5.4   | 22  | 5.4   | 15.7           | 3.0     |
| 2500-3999          | 2466 | 85.1 | 16  | 0.6   | 36.3           | 5.5     | 2500-3999          | 6181 | 83.0  | 20  | 0.03  | 14.2           | 2.7     |
| > 4000             | 230  | 8.0  | -   | -     | -              | -       | > 4000             | 630  | 8.5   | -   | -     | -              | -       |
| Total              | 2897 | 100  | 44  | 1.5   | -              | 15.18   | Total              | 7473 | 100   | 140 | 1.8   | -              | 18.73   |

TABLA III: MORTALIDAD NEONATAL SEGUN PESO DE NACIMIENTO, Período 81-84  
Referencias: ver Tabla I.

|                   | RNV <2500g |                    | RNF <2500g |                                    |
|-------------------|------------|--------------------|------------|------------------------------------|
|                   | Nº         | % del total de RNV | Nº         | contribución % a la mort. neonatal |
| Hospital Italiano | 201        | 6.92               | 28         | 63.6                               |
| Hospital Penna    | 662        | 8.84               | 120        | 86.7                               |

TABLA IV: CONTRIBUCION DEL BAJO PESO A LA MORTALIDAD NEONATAL

de trabajo se usa, para la determinación de la edad del recién nacido, el esquema Capurro. Se subdividen en grupos: menos de 30 semanas, 31 a 32, 33 a 34, 35 a 37 y más de 38, con el fin de poder determinar en los embarazos de riesgo, cuándo tiene el niño más posibilidades de vivir fuera del útero. Puede apreciarse cómo los menores de 37 semanas representan más de la mitad (casi las dos ter-

ceras partes) de los fallecidos, siendo el grupo más vulnerable el de menos de 32 semanas. Si a su vez se considera que la incidencia de esas edades gestacionales en el total de los nacimientos es del 2% aproximadamente, se ve que ese pequeño porcentaje contribuye casi a la mitad de la mortalidad neonatal. A su vez se señala como la mortalidad específica descendiende de cifras de tres dígitos en los

HOSPITAL ITALIANO

1981

| EG en<br>semanas | RNV |      | RNF |      | TME % |
|------------------|-----|------|-----|------|-------|
|                  | Nº  | %    | Nº  | %    |       |
| ≤ 30             | 3   | 0.5  | 2   | 20.0 | 666   |
| 31-32            | 1   | 0.1  | 1   | 10.0 | 1000  |
| 33-34            | 6   | 0.9  | -   | -    | -     |
| 35-37            | 24  | 3.6  | 1   | 10.0 | 41.6  |
| ≥ 38             | 636 | 95.0 | 6   | 60.0 | 9.4   |
| Total            | 671 | 100  | 10  | -    | -     |

HOSPITAL PENNA

| EG en<br>semanas | RNV  |      | RNF |      | TME % |
|------------------|------|------|-----|------|-------|
|                  | Nº   | %    | Nº  | %    |       |
| ≤ 30             | 12   | 0.6  | 10  | 26.3 | 833   |
| 31-32            | 14   | 0.7  | 5   | 13.1 | 357   |
| 33-34            | 25   | 1.2  | 8   | 21.0 | 320   |
| 35-37            | 83   | 4.0  | 10  | 26.3 | 120   |
| ≥ 38             | 1994 | 94.0 | 5   | 13.1 | 2.5   |
| Total            | 2128 | 100  | 38  | -    | -     |

1982

|       |     |      |    |      |     |
|-------|-----|------|----|------|-----|
| ≤ 30  | 6   | 0.9  | 5  | 35.7 | 833 |
| 31-32 | 5   | 0.8  | 2  | 14.2 | 400 |
| 33-34 | 6   | 0.9  | -  | -    | -   |
| 35-37 | 16  | 2.5  | 2  | 14.2 | 125 |
| ≥ 38  | 617 | 95.0 | 5  | 36.0 | 8.1 |
| Total | 650 | 100  | 14 | -    | -   |

|       |      |      |    |      |       |
|-------|------|------|----|------|-------|
| ≤ 30  | 14   | 0.7  | 13 | 29.5 | 928.5 |
| 31-32 | 10   | 0.5  | 4  | 9.0  | 400   |
| 33-34 | 37   | 2.0  | 12 | 25.0 | 171.8 |
| 35-37 | 64   | 3.2  | 10 | 23.0 | 156.2 |
| ≥ 38  | 1823 | 94.0 | 6  | 13.6 | 3.2   |
| Total | 1948 | 100  | 45 | -    | -     |

1983

|       |     |      |    |      |      |
|-------|-----|------|----|------|------|
| ≤ 30  | 9   | 1.1  | 8  | 61.5 | 888  |
| 31-32 | 8   | 1.0  | -  | -    | -    |
| 33-34 | 6   | 0.8  | 1  | 7.6  | 166  |
| 35-37 | 21  | 2.7  | 1  | 7.6  | 47.6 |
| ≥ 38  | 739 | 94.3 | 3  | 23.0 | 4.0  |
| Total | 783 | 100  | 13 | -    | -    |

|       |      |      |    |      |      |
|-------|------|------|----|------|------|
| ≤ 30  | 20   | 0.1  | 16 | 48.4 | 800  |
| 31-32 | 9    | 0.5  | 4  | 12.1 | 444  |
| 33-34 | 22   | 1.2  | 6  | 18.1 | 273  |
| 35-37 | 82   | 4.6  | 2  | 6.0  | 24.3 |
| ≥ 38  | 1620 | 92.4 | 5  | 15.1 | 3.0  |
| Total | 1753 | 100  | 33 | -    | -    |

1984

|       |     |      |   |      |      |
|-------|-----|------|---|------|------|
| ≤ 30  | 4   | 0.5  | 2 | 28.5 | 500  |
| 31-32 | 2   | 0.2  | - | -    | -    |
| 33-34 | 14  | 1.8  | 1 | 14.2 | 71.4 |
| 35-37 | 22  | 2.8  | 3 | 43.0 | 13.5 |
| ≥ 38  | 752 | 95.0 | 1 | 14.2 | 1.3  |
| Total | 793 | 100  | 7 | -    | -    |

|       |      |      |    |      |       |
|-------|------|------|----|------|-------|
| ≤ 30  | 13   | 0.8  | 12 | 54.0 | 923   |
| 31-32 | 12   | 0.7  | 1  | 4.5  | 83.3  |
| 33-34 | 22   | 1.3  | 3  | 13.6 | 136.3 |
| 35-37 | 65   | 4.0  | 2  | 9.0  | 30.7  |
| ≥ 38  | 1453 | 88.4 | 4  | 18.1 | 2.7   |
| Total | 1643 | 100  | 22 | -    | -     |

TABLA V: MORTALIDAD NEONATAL SEGUN EDAD GESTACIONAL

muy prematuros a un dígito en los fraterizos. En esto se fundamenta la atención racional perinatológica, intentando prolongar el embarazo como medida fundamental para disminuir la mortalidad.

Las causas de mortalidad figuran en la tabla VI Se usa la clasificación de la 8ª revisión (1965) de la Organización Mundial de la Salud de las "Causas Internacionales de Muerte". Al analizar el cuadro se debe valo-

| 1981              |                |                |                |                |
|-------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Hospital Italiano |                |                | Hospital Penna |                |
| Patología         | Frec. absoluta | % de total RNF | Frec. absoluta | % de total RNF |
| Hipoxia           | 3              | 30             | 16             | 42,10          |
| Malform.          | 2              | 20             | 5              | 13.1           |
| Sepsis            | 1              | 10             | 5              | 13.1           |
| Inmadur.          | 2              | 20             | 4              | 10.5           |
| S D Resp.         | 2              | 20             | 7              | 18.4           |
| Eritrobl.         | —              |                | 1              | 2.63           |
| 1982              |                |                |                |                |
| Hipoxia           | 6              | 42.8           | 19             | 42.2           |
| Malform.          | 6              | 42.8           | 4              | 8.8            |
| Sepsis            | —              |                | 9              | 20.0           |
| Inmadur.          | 1              | 7.1            | 6              | 13.3           |
| S D Resp.         | 1              | 7.1            | 4              | 8.8            |
| Eritobl.          | —              |                | 3              | 6.6            |
| 1983              |                |                |                |                |
| Hipoxia           | 2              | 15.4           | 9              | 25.8           |
| Malform           | 4              | 30.8           | 4              | 11.4           |
| Sepsis            | 2              | 15.3           | 10             | 28.5           |
| Inmadur.          | 4              | 30.8           | 9              | 25.8           |
| S D Resp.         | —              | —              | 3              | 8.6            |
| Eritrob.          | 1              | 7.7            | —              | —              |
| 1984              |                |                |                |                |
| Hipoxia           | —              | —              | 7              | 32.0           |
| Malform.          | 2              | 28.5           | 7              | —              |
| Sepsis            | 2              | 28.5           | 5              | 22.8           |
| Inmadur.          | 2              | 28.5           | 7              | 32.0           |
| S D Resp.         | 1              | 14.2           | 3              | 13.6           |
| Eritrobl.         | —              | —              | —              | —              |

TABLA VI: CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

rar que en el HP las dificultades respiratorias severas se derivan, ya que no se cuenta con respiración asistida, lo que explica la baja mortalidad en dicho lugar de niños con SDR. Se destaca la alta incidencia de malformaciones en la mortalidad del HI, así como el descenso de la hipoxia en dicho lugar, mientras que en el HP sigue manteniendo el primer lugar. Una idea global de estos datos se obtiene de la Figura 2.

En la tabla VII se analiza la mortalidad perinatal y sus componentes. No se diferencia la mortalidad fetal en precoz, intermedia o tardía, la perinatal no está depurada.

En 1974 se afirmó que dos tercios de las

muerres neonatales y la mitad de las fetales eran evitables. La tasa de mortalidad perinatal es un índice sensible de la atención de la madre y del niño. En casi todos los países desarrollados esta tasa ha disminuido en forma constante. El mejor nivel socioeconómico contribuye en mucho a esa disminución, pero los avances en la atención del feto y RN también han influido mucho en las dos últimas décadas. El Comité de Mortalidad Perinatal de Quebec estima que la tasa mínima irreductible es del 8,5%; Usher la lleva al 5,5. En la tabla VIII se comparan cifras internacionales a este respecto.

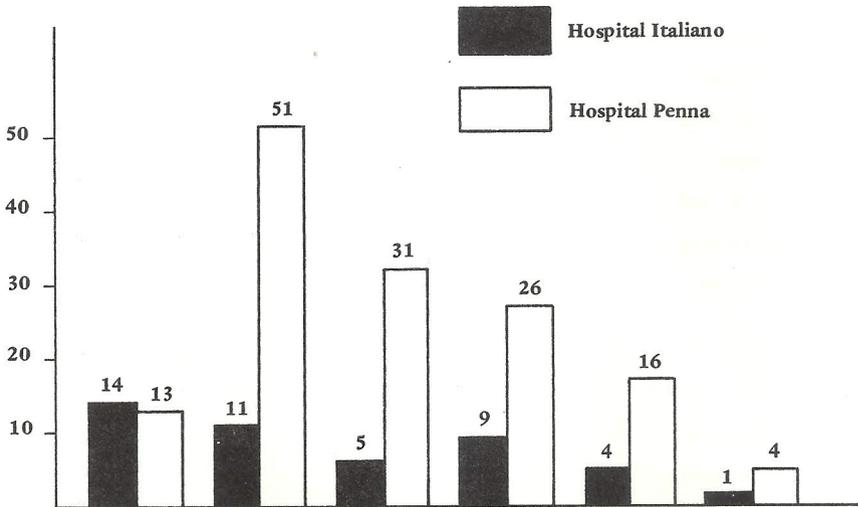


Figura 2: CAUSA DE MORTALIDAD NEONATAL POR FRECUENCIA ABSOLUTA

| Año  | H. ITALIANO      |      |                      |      |                     | H. PENNA         |      |                      |      |                     |
|------|------------------|------|----------------------|------|---------------------|------------------|------|----------------------|------|---------------------|
|      | mortalidad fetal |      | mort. neonat. precoz |      | tasa perinatal<br>% | mortalidad fetal |      | mort. neonat. precoz |      | tasa perinatal<br>% |
|      | Nº               | %    | Nº                   | %    |                     | Nº               | %    | Nº                   | %    |                     |
| 1981 | 7                | 10.6 | 7                    | 10.4 | 20.6                | 21               | 9.7  | 32                   | 14.8 | 24.6                |
| 1982 | 7                | 10.6 | 13                   | 20.0 | 30.6                | 34               | 17.4 | 40                   | 20.5 | 37.3                |
| 1983 | 6                | 7.6  | 11                   | 14.0 | 21.6                | 29               | 16.3 | 30                   | 17.1 | 33.1                |
| 1984 | 6                | 7.5  | 5                    | 8.8  | 16.3                | 29               | 17.3 | 19                   | 11.4 | 28.7                |

TABLA VII: MORTALIDAD PERINATAL Y SUS COMPONENTES

| Lugar                           | Año  | mort. perinatal |
|---------------------------------|------|-----------------|
| Suiza                           | 1975 | 13.5%           |
| Queen's Halifax, Canadá         | 1975 | 8.9%            |
| Grace Halifax, Canadá           | 1975 | 7.7%            |
| EE.UU                           | 1975 | 20.7%           |
| Dinamarca                       | 1976 | 12.7%           |
| Royal Vittori, Montreal, Canadá | 1976 | 11.6%           |
| Jewish General, USA             | 1974 | 9.0%            |
| Suecia                          | 1977 | 10.2%           |
| Maternidad Sardá, Buenos Aires  | 1980 | 26.3%           |
| Provincia de Buenos Aires       | 1981 | 25.0%           |
| Hospital Italiano Bahía Blanca  | 1984 | 16.3%           |
| Hospital Penna Bahía Blanca     | 1984 | 24.8%           |

TABLA VIII: DATOS DE MORTALIDAD PERINATAL.

### CONCLUSIONES

De los datos obtenidos se desprende fundamentalmente:

- la diferencia en la proporción del bajo peso entre ambos lugares de trabajo;
- la influencia del bajo peso y prematuridad en la mortalidad neonatal;
- la diferencia de la mortalidad perinatal entre una institución y otra; y
- las diferencias en las causas de muerte.

Basados en esos datos y aceptando la realidad económica que vive el país, y sin desconocer que todo niño tiene el derecho no solo a vivir sino a vivir plenamente, ya que como dice el Documento de Puebla (584): "todo niño es imagen de Jesús que nace", debe ser un criterio realista el que indique donde poner los pocos recursos con que se cuenta. Por eso, el plan para mejorar la mortalidad perinatal y la morbilidad en general, consta de dos partes: la primera, a desarrollar en forma inmediata, que cubra la atención pre y perinatal, y en lo que respecta a la postnatal, poner el acento fundamentalmente en la puericultura; la segunda a implementar cuando lo anterior esté en marcha, que contemple una mayor complejidad en la atención neonatal.

*Atención prenatal:* en este momento, el control de la casi totalidad de los embarazos

de los niveles socioeconómicos bajos se hace en el HP. Esto obliga a la madre a desplazarse hasta dicho lugar con gastos de transporte, pérdida de casi toda la mañana, desatención de su casa y de los otros hijos durante su ausencia.

Se debe mejorar entonces la atención primaria, con implementación de centros periféricos donde se controlen los embarazos normales, derivando los de alto riesgo al HP. Se descongestionan así los consultorios externos pudiéndose dedicar más recursos a las embarazadas con problemas. Al mismo tiempo, al lograr atención sin desplazamientos y con poco tiempo de espera, se podrían controlar prácticamente todos los embarazos de la ciudad.

*Atención perinatal:* siendo la hipoxia la primera gran causa de mortalidad neonatal, se hace necesario atacarla, lo que se puede lograr por dos frentes. Por un lado, la buena cobertura de la embarazada, que se logrará según lo planificado, disminuirá las distocias. Por otro lado, se debe mejorar la atención del recién nacido. En el HP no hay guardia de neonatología, por lo que se considera imprescindible su creación a fin de permitir un manejo correcto del niño en sala de dilatación, partos y recepción.

*Atención postnatal:* existe una tendencia muy generalizada, y también se da en nues-

tro caso, a dedicar el mayor esfuerzo de la atención neonatal a los niños del sector internación, en desmedro de los que quedan en internación conjunta. De todos los RN que manejamos, alrededor del 18% son de alto riesgo (se internan), y a su vez, los de menos de 1500 g y los deprimidos graves suman un 10% de todos los RN vivos. Es fundamentalmente esa minoría del 10% de la que insume alrededor del 80% del trabajo del equipo de salud, sin que por ello se logre modificar sustancialmente los índices de morbimortalidad. A su vez, el 90% restante de los niños recibe el resto del esfuerzo, siendo iatrogénica nuestra actitud, ya que, al no brindar una buena enseñanza a los padres, posibilitamos muchas veces en diarreas, internaciones frecuentes, desnutrición.

Buscando un cambio de actitud que nos lleve a poner el acento en la prevención, se está poniendo en marcha un Plan de Atención Materno Infantil elaborado en conjunto por la Zona Sanitaria I y la Municipalidad de Bahía Blanca. Se cubrirá la atención de la embarazada y el desarrollo del lactante en las 18 Salas Médicas de la ciudad. Los efectos del plan serán múltiples:

- a) permitirá normalizar la atención del embarazo y control del lactante. Para ello se cuenta con normas elaboradas en conjunto y controladas por los Servicios Obstetricia, Neonatología y Pediatría del HP. Entre dichas normas se destacan por su importancia:
  - el uso del Carné Perinatal, donde el obstetra asienta todos los datos de cada control, lo que permitirá que la señora, al ingresar con trabajo de parto, traiga una historia clínica completa de su embarazo.
  - alta dirigida del RN al centro más pró-

ximo a su domicilio.

- uso, para control del lactante, de la ficha recomendada por el grupo de trabajo de la Municipalidad de Buenos Aires y la Sociedad Argentina de Pediatría.
- b) al lograr un mejor control, disminuir los partos prematuros, las distocias, las hipoxias, la internación de los RN.
- c) el control del lactante permitirá una buena enseñanza a los padres, evitándose así problemas de diarreas, internaciones, desnutrición.
- d) así como todo embarazo de riesgo se derivará al HP, se hará lo mismo con todo niño cuyo desarrollo se aparte de la normalidad.
- e) al transformarse el hospital en centro de derivación del paciente de riesgo se posibilita su mejor atención, ya que se le podrá dedicar más espacio, más horas médicas y de enfermería, cosas que en este momento es imposible. Al mismo tiempo surgirá, impuesto por la necesidad de encarar los problemas que plantea el tipo de paciente, la formación de equipos multidisciplinarios (sicológico, fonaudiólogo, asistente social, sicopedagogo, etc.), la adquisición de aparatología (ecógrafo, por ejemplo), la creación de nuevos cargos médicos, la complejidad de Neonatología que deberá responder al reto que el significará la atención del RN de muy bajo peso, cuyo embarazo contribuyó a manejar perinatológicamente.
- f) por último, este plan permitirá que un sector de la población que en este momento recibe una medicina despersonalizada y despersonalizadora, comience a tener una atención personalizada. Creemos que esta revalorización del paciente como persona será el factor más positivo del Plan.