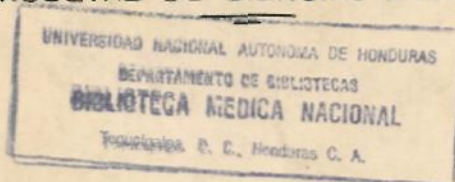


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



*Mortalidad Perinatal
en el I. H. S. S.*

1963-1965



TESIS

PRESENTADA A LA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS

POR EL BACHILLER

César Antonio Vidal Soto

EN EL ACTO PREVIO A SU
INVESTIDURA DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

TEGUCIGALPA, D. C.

AGOSTO DE 1967

618.4
v64

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

*Mortalidad Perinatal
en el I. H. S. S.*

1963-1965



TESIS

PRESENTADA A LA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS

POR EL BACHILLER

César Antonio Vidal Soto

EN EL ACTO PREVIO A SU
INVESTIDURA DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

TEGUCIGALPA, D. C.

AGOSTO DE 1967

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

RECTOR..... ING. ARTURO QUEZADA
SECRETARIO GENERAL..... LIC. ADOLFO LEÓN GÓMEZ

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

JUNTA DIRECTIVA

DECANO DR. JORGE HADDAD QUIÑÓNEZ
VICE-DECANO. DR. ARMANDO FLORES F I ALLOS
SECRETARIO..... DR. MARIO A. ZAMBRANA
PRO-SECRETARIO..... DR. GUILLERMO OVIEDO
VOCAL..... DR. ASDRUAL RAUDALES
VOCAL..... DR. VIRGILIO BANEGAS
VOCA L..... BR. EDUARDO TABORA FLORES
VOCAL..... BR. REINALDO S. PAZ
VOCAL..... BR. SALVADOR DÍAZ ZELAYA
VOCAL..... BR. FAUSTINO JUSTINIANO
CRUZ

TRIBUNAL EXAMINADOR

DOCTOR..... CARLOS RIVERA WILLIAMS
DOCTOR..... FRANCISCO MONTES GUERRERO
DOCTOR..... HÉCTOR LAINEZ H.

S U S T E N T A N T E

BACHILLER CESAR ANTONIO VIDAL SOTO

PADRINOS DE TESIS

DOCTOR..... ELIAS FARAJ
DOCTOR..... LUIS ELVIRGIRON
DOCTOR..... JUAN ANDONIE FERNANDEZ

DEDICATORIA

DEDICO ESTE ACTO Y ESTA TESIS:

A LA MEMORIA DE MI INOLVIDABLE PADRE:

DR. ANTONIO VIDAL MAYORGA

(Q.E.P.D.)

A MI ADORADA MADRE:

BLANCA SOTO VDA. DE VIDAL

QUIEN FUE MI ÁNGEL DE LA GUARDIA
EN MIS HORAS DE PRUEBA Y
ANGUSTIA POR EL DURO
SENDERO DE LA VIDA.

A MI HERMANA QUERIDA:

SYLVIA VIDAL DE MICHEEL

QUE SUPO BRINDARME ALIENTO
Y UN INMENSO AMOR FRATERNAL.

A MIS HERMANA MAYORES:

DR. MARIO VIDAL CHACÓN

ALMA VIDAL DE LEONARD CON

CARIÑO

A MIS PROFESORES Y EN ESPECIAL:

DR. ADÁN CUEVA

DR. SILVIO ZUNIGA

DR. JESÚS RIVERA H.

DR. VIRGILIO BANEGAS

DR. ARMANDO VELASQUEZ

DR. ÁNGEL D. VARGAS

DR. CANDIDO MEJIA

CON QUIENES EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES SALÍ AVANTE
POR LOS SABIOS CONSEJOS Y SUS ENSEÑANZAS QUE SUPIERON
BRINDARME .

CON AGRADECIMIENTO,

A MIS TÍOS Y TÍAS Y EN ESPECIAL:

Doña ELENA 50TG DE VILLEDÁ MORALES MIS

PRIMOS Y PRIMAS Y EN ESPECIAL:

DR. EDUARDO VILLEDA SOTO

HÉCTOR VILLEDA SOTO

RITA RODRÍGUEZ DE VILLEDA

A MIS COMPAÑEROS DE ESTUDIO Y DE GUARDIA EN EL
HOSPITAL.

CON ESPECIAL CARIÑO Y APRECIO:

DR. MARCO ANTONIO SARNIENTO S., DR.

JORGE ADALBERTO OCREA M.,

AL PUEBLO DE RESPIRE:

CUYO SUFRIMIENTO FÍSICO FORTALECIÓ
MI ESPÍRITU DE LUCHA CONTRA LAS
ENFERMEDADES.

A MIS AMIGOS, EN ESPECIAL:

LIC. INF. RUBÉN OSORIO B.

LIC. INF. RIGOBERTO OSORIO B.

6.

AL HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

CON RESPETO.

PRIMER PARTE..... I CONSIDERACIONES GENERALES

SEGUNDA PARTE..... II MATERIAL Y MÉTODOS

TEECERA PARTE.....III RESUMEN

CUARTA PARTE IV CONCLUSIONES

QUINTA PARTE..... V BIBLIOGRAFÍA

HONORABLE SEÑOR RECTOR

HONORBLE TRIBUNAL EXAMINADOR

HONORABLE SEÑOR DECANO

SEÑORES:

PREVIA OPCION AL HONROSO TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA, HE ESCRITO ESTA TESIS INTITULADA "MORTALIDAD PERINATAL EN EL INSTITUTO HONDURENO DE SEGURIDAD SOCIAL".

ESTE ESTUDIO REFERENTE A LA MORTALIDAD PERINATAL EN EL I.H.S.S, DURANTE LOS AÑOS DE 1933, 1964 Y 1965 SOBRE 5.560 PARTOS ATENDIDOS Y QUE A CONTINUACION EXPONEMOS A VUESTRA CONSIDERACION, VIENE A LLENAR UN CAPITULO EN EL ESTUDIO GLOSAL DE MORTALIDAD EN ESTE INSTITUTO DE ATENCION MEDICA SOCIAL, TOMANDO EN CUENTA QUE ESTE PROPORCIONA ENTRE LOS DISTINTOS SERVICIOS DE MATERNIDAD DE LA LOCALIDAD EN LA ACTUALIDAD LOS MEJORES CUIDADOS, TANTO A LAS MADRES COMO A LOS RECIEN NACIDOS, DURANTE LOS PERIODOS CRITICOS DEL PARTO Y DEL POST-PARTO.

ESPERO QUE SIRVA DE BASE COMPARATIVA, A LA VEZ QUE MOTIVO DE INCESTIGACION PARA ARROJAR LUZ ACERCA DE LAS CAUSAS QUE CON MAYOR FRECUENCIA DETERMINAN LA MUERTE DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO DURANTE LOS PRIMEROS VEINTIOCHO DIAS DE VIDA. NOS BASAMOS PARA ESTE FIN EN UNA REVISION DE LA LITERATURA QUE COMPRENDE TODOS LOS ASPECTOS COMUNES A ESTE TEMA A LO LARGO DE NUESTRO CONTINENTE AMERICANO.

CONSIDERACIONES GENERALES

EL CONCEPTO DE MORTALIDAD PERINATAL TIENE POCO MÁS DE VEINTE Y CINCO AÑOS, PFAUNDLER EN 1939 SUGIRIÓ ESTE NOMBRE PARA INCLUIR EN FORMA CONJUNTA LOS MORTINATOS Y AQUELLOS NIÑOS QUE FALLECÍAN EN EL PRIMER MES DE VIDA. DICHO TÉRMINO SIN EMBARGO HA ADQUIRIDO UN DISTINTO SIGNIFICADO PARA DIFERENTES AUTORES, QUIENES HAN MODIFICADO SUS LÍMITES EN FORMA VARIABLE, AGREGANDO EN GENERAL ALA MORTALIDAD LOS DECESOS PRODUCIDOS EN LOS PRIMEROS SIETE DÍAS SEGÚN WALKER, LOS PRIMEROS DIEZ DÍAS SEGÚN POTTER, LOS PRIMEROS CATORCE DÍAS SEGÚN SMITHY LOS PRIMEROS VEINTIOCHO DÍAS COMO EN LA CONCEPCIÓN ORIGINAL DE PFAUNDLER. (4)

DEBIDO A SU AMPLIO USO, EL TÉRMINO DE MORTALIDAD PERINATAL MERECE UNA ACLARACIÓN: EN 1948, PELLER PUNTUALIZO LA ASOCIACIÓN DE LOS PORCENTAJES DE MUERTE FETAL Y NEO-NATAL, Y SUGIRIÓ QUE AMBOS PODÍAN COMBINARSE EN UN PORCENTAJE COMÚN DE MORTALIDAD PERIRNATAL. ESTE CONCEPTO PARECE QUE HA TENIDO UNA BUENA ACEPTACIÓN Y CONSIDERA QUE REPRESENTA LA PERDIDA DE LA VIDA ANTES DURANTE E INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL NACIMIENTO. ES IMPORTANTE RECONOCER QUE NO TODOS LOS AUTORES SE HAN DOBLEGADO A UNA DEFINICIÓN ESTÁTICA DE MORTALIDAD PERINATAL Y MÁS ELÁSTICOS ENUNCIAN INTERPRETACIONES MÁS AMPLIAS ALGUNAS DE LAS CUALES TRANSCRIBIMOS:

- A.- MUERTES FETALES DE 20 SEMANAS DE GESTACIÓN EN ADELANTE.
- B.- MUERTES OCURRIDAS DURANTE LOS 28 PRIMEROS DÍAS DE VIDA.
- C.- TODOS LOS PRODUCTOS DE LA CONCEPCIÓN PESANDO MÁS DE 400 GRAMOS. (5)

Si AGREGAMOS A LA FALTA DE UN MEJOR CONOCIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO Y SUS ALTERACIONES CLÍNICAS EN GENERAL Y EN NUESTRO MEDIO EN PARTICULAR, LA FALTA DE DATOS ANATOMO-PATOLÓGICOS, ESTAS DEFICIENCIAS NOS IMPIDEN LIMITAR NUESTRO ESTUDIO DEL

FETO Y FLRECIÉN NACIDO A UN PERÍODO DE VIDA BIEN DETERMINADO; SI CONSIDERAMOS QUE EN ESTA PRESENTACIÓN LOS DATOS OBTENIDOS MAYORMENTE FUERON DE LA MADRE LAMENTANDO DE PASO LA DEFICIENTE ANOTACIÓN POR PARTE DEL MEDICO QUE ATENDIÓ EL PARTO, Y LA COMPLETA OMISIÓN DE LA AUTOPSIA EN EL DIAGNOSTICO POST-MORTEN, LA AGRUPACIÓN EN UN TODO DE LOS DECESOS EN EL ULTIMO PERÍODO DE LA VIDA INTRA-UTERINA Y EN LOS PRIMEROS DÍAS DE LA VIDA INDIVIDUAL, TIENE UN FUNDAMENTO LÓGICO DESDE EL MOMÉNTO QUE ESTAS MUERTES DEPENDEN BÁSICAMENTE DE UN RIESGO SIMILAR RELACIONADO CON LA GESTACIÓN Y EL PARTO. EFECTIVAMENTE LOS DECESOS PRODUCIDOS ANTES O INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL NACIMIENTO, POR SU ORIGEN COMÚN PLANTEAN UNA IGUAL TÉCNICA DE PREVENCIÓN.

POR TALES RAZONES DESCARTA MOS POR AHORA EL TÉRMINO EXCLUSIVO DE MORTALIDAD NEO NATAL QUE LITERALMENTE SE REFIERE AL RECIÉN NACIDO DURANTE LOS VEINTIOCHO DÍAS DE VIDA YA QUE, EN MUCHOS CASOS EL CEDES O FUE CONSECUE NCÍA DE FACTORES O DEFECTOS OVULARES, MATERNOS U OBSTÉTRICOS ANTES, DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO Y QUE MUCHOS RECIÉN NACIDOS FALLECIERON FUERA DEL HOSPITAL 4 DÍAS O MÁS DESPUÉS DE HABÉRSELES DADO SU ALTA SIN CONOCER HASTA LA FECHA LAS CAUSAS DE SU MUERTE.

EL CONCEPTO DE MORTALIDAD HERÍNATAL POSEE TAMBIÉN LA VENTAJA DE OBVIAR LA POCA CLARA DEFINICIÓN MEDICO LEGAL DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIDO MUERTE EXISTENTE EN DIVERSOS PAÍSES Y QUE ALTERAN TODA LAS TASAS QUE PRETENDER MEDIR EL RIESGO INFANTIL.

AL CONSIDERAR LOS PAÍSES DE AMERICA LATINA, DESTACAN LAS LIMITACIONES QUE TIENEN LOS DATOS NACIONALES, CUYA COBERTURA FRAGMENTARIA, DEFICIENCIA E IRREGULARIDAD SON GRANDES, SIENDO POR OTRA PARTE DIFÍCIL DE ESTIMAR EL MONTO DE LA SUB-ENUMERACIÓN. FINALMENTE EL REGISTRO INADECUADO DE NACIMIENTOS, ALTERA EL DENOMINADOR DE LAS TASAS.

LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN OFICIAL ES POBRE Y REPRESENTA UN DESAFÍO PERMANENTE PARA SU MEJORAMIENTO. EN TODO CASO

PESE A LA SUB-ENUMERACIÓN, LAS CIFRAS REVELAN UN ALARMANTE DERROCHE DE VIDAS. (4)

LA REVISIÓN QUE HEMOS HECHO EN CUANTO A LA MORTALIDAD PERINATAL REVISTE EL MAS ALTO INTERÉS, DADA LA EXISTENCIA EN LA MAYORÍA DE NUESTROS PAÍSES DE UNA ELEVADA NATALIDAD TÍPICA DE NUESTRO SUB-DESARROLLO NACIONAL, EJERCIDA POR LAS MUJERES DESDE EDADES MUY PRECOCES A MUY TARDÍAS, HECHO QUE CONDICIONA DESDE UN PRINCIPIO UN MAYOR RIESGO DEL PRODUCTO, DADA LA EXPERIENCIA MUNDIAL QUE MUESTRA UN AUMENTO DE LA MORTALIDAD FETAL E INFANTIL, PARALELA A LA CONDICIÓN DEL SUB-DESARROLLO ESPÍRITU Y MATERIAL,

ESTE TRABAJO PARECE POR LO TANTO UNA EXIGENCIA PERENTORIA PARA OBTENER EN NUESTRO MEDIO UN MEJOR CONOCIMIENTO DEL FENÓMENO, COMO ÚNICA BASE SOLIDA PARA LA PLANIFICACIÓN DE ADECUADOS PROGRAMAS DE CONTROL Y MEDICIÓN DE SUS RENDIMIENTOS.

UN NOTABLE PROGRESO SE HA REALIZADO EN ESTOS ÚLTIMOS VEINTICINCO AÑOS EN CUANTO A LA REDUCCIÓN DE PORCENTAJES DE MORTALIDAD PARA TODAS LAS EDADES. UNA DEFINITIVA REDUCCIÓN SE HA CUMPLIDO TAMBIÉN EN LA DÉCADA PASADA, EN CUANTO A PORCENTAJES DE MUERTES FETALES Y NEONATAL. SIN EMBARGO ESTA REDUCCIÓN NO SE HA REALIZADO CON LA RAPIDEZ CON QUE SE HUBIERA DESEADO, TENIENDO EN CUENTA HOY DIA EL MEJOR MANEJO DE LA MUJER EMBARAZADA Y DEL RECIÉN NACIDO, ASI COMO EL MOTABLE ADELANTO DE LAS CIENCIAS BASICAS.

EN ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMÉRICA LA MORTALIDAD PERINATAL EN 1942 TENÍA UN ÍNDICE DE 28 Y 1000 NACIDOS VIVOS; EN 1952 SE ABATE A 19 X 1000.

CUADRO No. 1

<u>INDICE DE MORTALIDAD PERINATAL EN U.S.A. 1942-1952</u>	
1942	:28 X 1000
1952	:19 X 1000

Así EN TODAS LAS EDADES, DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS VEINTIOCHO DÍAS NOTAMOS UN DESCENSO GENERAL EN ESTA MORTALIDAD.

LAS CIFRAS MÁS ALTAS CORRESPONDEN A PRODUCTOS PREMATUROS O INMADUROS NO VIABLES, CUYOS PROBLEMAS RESPIRATORIOS DIERON LA MÁS ELEVADA CIFRA DE MUERTES Y CUYO GRADO DE INMADUREZ ESTÁ EN RELACIÓN CON EL PESO DEL PRODUCTO, SIGUIÉNDOLES EL TRAUMA OBSTÉTRICO Y LAS MALFORMACIONES CONGENITAS QUE TRADUCIDAS A PORCENTAJES DAN EL SIGUIENTE CUADRO ESTADÍSTICO:

CUADRO No.2

CAUSA S

DE MORTALIDAD PERINATAL EN U.S.A 1942- 1952

- PREMATURÉZ.	37.2
- PROBLEMAS RESPIRATORIOS.	27.6
- TRAUMA OBSTÉTRICO.	10.7
- MALFORMACIONES CONGÉNITAS	10.2

TOTAL	85.7
-------	------

CONDICIONES RESPONSABLES DE APROXIMADAMENTE EL 86% DE MUERTES TEMPRANAS DEL RECIÉN NACIDO Y DEL FETO DE 28 SEMANAS Y MÁS.

DE INFORMES PROPORCIONADOS POR EL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No.1 DEL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL DAMOS A CONOCER UNA INFORMACIÓN VALIOSA DE DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLÓGICO DE 236 CASOS DE MORTALIDAD PERINATAL DE 1961 A 1962, (CUADRO NO.3)» DESTACAR DOCE QUE 163 DE LAS AUTOPSIAS CORRESPONDIERON A PREMATUROS DE MÁS DE 1000 GRAMOS Y 73 A PRODUCTOS DE MÁS DE 2500 GRAMOS. (2)

CON CLARIDAD EN ÉSTA ESTADÍSTICA SE PUEDE OBSERVAR EL ALTO PORCENTAJE DE MUERTES POR PATOLOGÍA PULMONAR Y PREMATUREZ: 149 CASOS DE LOS 236 (63%) PRESENTARON PATOLOGÍA PULMONAR SIENDO DE ELLOS 113 PREMATUROS (47.8) DE LOS 236. ESTA CASUÍSTICA

TAN OBJETIVA DEMUESTRA UN INDICE DE MORTALIDAD CAUSADA FUNDAMENTALMENTE POR DOS PROBLEMAS: PREMATUREZ Y LA PATOLOGIA PULMONAR DEL RECIEN NACIDO. (3)

CUADRO No. 3

DIAGNÓSTICO ANATOMO-PATOLÓGICO DE 236 CASOS
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No.1.-I.M.S.S. 1961-2

PATOLOGIA PULMONAR:

BRONCONEUMONÍA	26	13
LATELECTASIA	30	7
ASPIRACIÓN MASIVA LÍQUIDO AMNIÓTICO	11	12
MEMBRANA HIALINA	18	
INMADUREZ PULMONAR	18	
HEMORRAGIA	6	15
EFISEMA	3	1
HIPOPLASIA	1	
MALFORMACIONES	16	13
ERITROBLASTOSIS	6	10
DIARRREAS	14	
TRAUMA	9	5
VARIOS	5	9
PREMATUROS	163	MADUROS 73
1000 A 2500 GM.	69%	31%

EN LA REPÚBLICA DE CHILE EL VOLUMEN DE MUERTES FETALES TARDÍAS Y DEL RECIÉN NACIDO CONDUJO A UN ESTUDIO SOBRE 1500 MORTINATOS Y RECIÉN NACIDOS MUERTOS DURANTE EL PERIODO NEONATAL, REVELANDO ENTRE OTROS RUBROS LA IMPORTANCIA DEL SEXO Y DE LA LEGITIMIDAD (TASAS 20% SUPERIORES EN EL SEXO MASCULINO Y TRES VECES MAYORES EN EL ILEGITIMO); DEL CONTROL PRENATAL (TASAS DOBLES EN NO CONTROLADAS); DE LAS CONDICIONES DEL PARTO (TASAS DEL 20% EN PARTO HOSPITALARIO Y DEL 50% EN PARTOS DOMICILIARIOS). APROXIMADAMENTE 2/5 DE LOS NIÑOS FALLECIDOS EN MATERNIDAD ESTABAN VIVOS EN EL MOMENTO DEL INGRESO DE LA MADRE, SIENDO LOS PARTOS DE TIPO COMPLICADO EN UN 79%.- (4)

EL ESTUDIO DE LA CAUSA DE LA MUERTE REVELO QUE UN 25% DEPENDÍA DE PREMATUREZ; EN UN 16% INTERVENÍAN LAS INFECCIONES O INTOXICACIONES MATERNAS; EN UN 13% HABÍA PLACENTA PREVIA O DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA MISMA; EN 9% EXISTÍAN ALTERACIONES DEL CORDÓN Y EN OTRO 9% ALTERACIONES DE LA DINÁMICA UTERINA; EN 8% DIVERSAS CONDICIONES FETALES MOTIVABAN LA MUERTE Y FINALMENTE OTRAS CAUSAS MOTIVAN UN 19% (4).

REVISAMOS CON GRAN INTERÉS UN ESTUDIO DEL DR. CAMACHO GAMBA, SOBRE LA MORTALIDAD PERINATAL EN COLOMBIA PUBLICADO EN LA REVISTA COLOMBIANA DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA, BOGOTÁ, ABRIL DE 1958, (6)

DE ACUERDO A LOS DATOS QUE SE EXPONEN, EL DR. CAMACHO GAMBA, COMO LO HACE EL DR. CLOVIS CORREA DA COSTA, DE RIO DE JANEIRO, A LA NATIMORTALIDAD, (MORTALIDAD FETAL DESPUÉS DE 28 SEMANAS DE GESTACIÓN) MAS LA MORTALIDAD ACAECIDA EN LA PRIMERA SEMANA DE VIDA DEL RECIÉN NACIDO, LE ADJUDICA EL TÉRMINO DE MORTALIDAD PERINATAL, QUE ES ÍNDICE DE INTERÉS EUGENÉSICO POR LOS DATOS QUE FORZOSAMENTE DEBEN TOMARSE EN LAS MATERNIDADES Y LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LOS RECIÉN NACIDOS.

ESTE CONCEPTO TIENE SU IMPORTANCIA POR LA ÉPOCA DONDE EL NIÑO PERECE EN SU MAYOR PORCENTAJE, MÁS QUE EN CUALQUIER OTRO PERÍODO, PUES ES CUANDO TIENEN OPORTUNIDAD DE HACERSE PRESENTES CON SUS CONSECUENCIAS LOS DEFECTOS DE FORMACIÓN, DE NUTRICIÓN, LAS ALTERACIONES PRENATALES O DEFICIENTES CUIDADOS

DOS PRENATALES, LAS ENFERMEDADES SUFRIDAS POR LA MADRE DURANTE LA GESTACIÓN, LAS DIFICULTADES DEL PARTO O SU INADECUADA ATENCIÓN.

SEGÚN DATOS OFRECIDOS POR LOS ARCHIVOS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ, BOGOTÁ, DURANTE 17 AÑOS (6), LA CLÍNICA MATENOA DE DICHO HOSPITAL COLOMBIANO QUE ES FRECUENTADO POR UNA CLIENTELA DE RECURSOS ECONÓMICOS MUY SEMEJANTES A LOS DE NUESTRO INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y EN LOS CUALES LA ATENCIÓN MEDICA DE AYUDANTAS Y ENFERMERAS ES MAS SOLÍCITA, SE HAN ATENDIDO 11.520 EMBARAZADAS QUE HAN TENIDO 144 MORTINATOS Y 91 NIÑOS MUERTOS EN SUS PRIMEROS DÍAS DE VIDA.

CUADRO No.4

17 AÑOS	11.520 MADRES	414 MORTINATOS	91 NIÑOS MUERTOS
---------	---------------	----------------	------------------

DATOS QUE DAN UN PORCENTAJE DE 35.8 X 1000, PARA LA MORTINATALIDAD Y DE 8.1 X 1000 PARA LA NEO-MORTALIDAD, PORCENTAJES SUMADOS QUE ARROJAN UNA MORTALIDAD PERINATAL DE 43.9 X 1000 NACIMIENTOS Y QUE ES BASTANTE LEVADA A NUESTRO JUICIO. (6)

A TÍTULO DE INFORMACIÓN Y PARA PUNTUALIZAR LA IMPORTANTE TAREA DE PRECISAR EL DIAGNOSTICO PCST-MORTEM MEDIANTE LA AUTOPSIA OFRECEMOS EL SIGUIENTE CUADRO DEMOSTRANDO ALGUNAS CAUSAS DE MORTALIDAD NEO-NATAL EN EL HOSPITAL DE SAN JOSÉ, BOGOTÁ, COLOMBIA.

DE TREITA NIÑOS MUERTOS EN LA PRIMERA SEMANA DE VIDA DE OCTUBRE DE 1954 A AGOSTO DE 1957 SE PRACTICARON 20 AUTOPSIAS CUYOS RESULTADOS FUERON:

- ENFERMEDADES FIBROQUISTICA DEL PANCREAS
- NEUMONIA
- HEMORRAGIA SUPRARENAL
- TRANSPOSICION DE LOS GRANDE VASOS
- HIPOPLACIA DE PULMONES Y CORAZON
- MALFORMACION CARDIACA Y DESEMBOCADURA ANORMAL DEL ANO
- HEMORAGIA Y CONGESTION GENERALIZADA
- MEMBRANA HIALINA
- ACONDROPLASIA
- ANOXIA Y COLAPSO PULMONAR
- ATRESIAS INTESTINALES
- HERNIA DIAFRAGMATICA
- HEMORRAGIA SUB-ARCNOIDE
- BRONCONEUMONIA EN PREMATUREZ
- ACROMEGALIA Y PREMATUREZ
- HIPOPROTEINEMIA

SI ANALIZAMOS ATENTAMENTE ESTE RESULTADO NO CABE DUDA QUE LAS CAUSAS DE TAN ALTO COEFICIENTE DE MORTALIDAD PERINATAL ESTAN UBICADAS EN EL PERIODO NATAL, EN EL MOMENTO DEL PARTO Y EN CAUSAS PRE-NATALES.

CONCLUYENDO ESTAS CONSIDERACIONES GENERALES Y DE ACUERDO A LOS DATOS OFICIALES DEL DEPARTAMENTO DE BIOESTADÍSTICA ADJUNTO AL MINISTERIO DE SANIDAD PÚBLICA DE HONDURAS, EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL, SE INFORMO UNA MORTALIDAD PERINATAL GLOBAL EN SEIS AÑOS (1960-1965), DE 4626 DECESOS SOBRE 554.188 NACIMIENTOS QUE ARROJAN UNA PROPORCIÓN DE 49.9 X 1000 NACIMIENTOS COMO SE PUEDE OBSERVAR EN EL CUADRO No.5 Y QUE NOS ESTÁ INDICANDO UNA ALTÍSIMA PROPORCIÓN DE MORTALIDAD QUE SUPERA LA PROPORCIÓN OFRECIDA POR EL HOSPITAL COLOMBIA NO MENCIONADO.

CUADRO No. 5

NACIMIENTOS POR AÑO EN TODA LA REPÚBLICA DE HONDURAS
DATOS OFICIALES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA 1960-1965

AÑO	NACIMIENTOS	MORTALIDAD PERINATAL	PROPORCIÓN DE MORTALIDAD X 1000
1960	82.167	688	8.3
1961	85.842	813	9.4
1962	92.128	747	8.1
1963	93.649	895	9.5
1964	100.531	739	7.2
1965	99.871	744	7.4
TOTAL EN 6 AÑOS	554.188	4626	49.9

M A T E R I A L

DECIDO A LA MAGNITUD DEL PROBLEMA POR LAS LIMITACIONES IMPUESTAS POR LA PÓBREZA DE LAS INFORMACIONES Y LA NO MUY ACEPTADA TERMINOLOGÍA, NOS HEMOS COCRETADO AL ANÁLISIS DE 122 EXPEDIENTES CLÍNICOS DE MORTALIDAD PERINATAL QUE COMPRENDEN SEGÚN NUESTRO CRITERIO, A NIÑOS MUERTOS DURANTE EL PERÍODO DE LA VIDA INTRA-UTERINA PERO POTENCIALMENTE VIABLES Y AQUELLOS QUE FALLECIERON DURANTE EL LLAMADO PERIODO NEO-NATAL HECHO OCURRIDO EN LA SALA DE PARTOS, SALA DE PREMATUROS Y SALA CUNA DEL HOSPITAL DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE ENERO DE 1963 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1965.

VALE LA PENA CONSIGNAR AQUÍ, QUE ALGUNOS EXPEDIENTES ANOTADOS EN EL LIBRO DE ALTAS Y DEFUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, NO SE ENCONTRARON EN EL ARCHIVO.

ESTE ESTUDIO EFECTIVAMENTE SE BASABA INICIALMENTE EN 142 CASOS, VEINTE DE LOS CUALES NOS FUÉ IMPOSIBLE REVISAR, PORQUE SE HABÍAN EXTRAVIADO, ESTABAN EN OTRO DEPARTAMENTO O SENCILLAMENTE PORQUE LAS EMBARAZADAS BENEFICIARIAS AL PASAR A ASEGURADAS Y VICE-VERSA CAMBIARON EL NÚMERO DE SU AFILIACIÓN.

ESTAS OMISIONES INVOLUNTARIAS FORZOSAMENTE ALTERAN LAS TASAS DE MORTALIDAD, CONFIRMANDO LO QUE DECÍAMOS ANTERIORMENTE CON RESPECTO AL DÉFICIT DEL REGISTRO DE LA MORTALIDAD, AUNQUE ESTO NO IMPIDE ESTIMAR EL MONTO DE LA SUBENUMERACIÓN POR AÑO, EN EL INSTITUTO HONDURENO DE SEGURIDAD SOCIAL.

R E S U L T A D O S

COMO PUEDE OBSERVARSE EN EL CUADRO No.6 EN EL AÑO DE 1963 SE INFORMARON 1877 NACIMIENTOS DE LOS CUALES FALLECIERON 42 NIÑOS; EN 1964 NACIERON 1882 NIÑOS, FALLECIENDO 40 Y EN 1965, DE LOS 1801 NACIDOS HUBO UNA MORTALIDAD DE 40 QUE TRADUCIDOS EN PROPORCIONES DE MORTALIDAD POR MIL NACIMIENTOS ARROJAN LAS SIGUIENTES CIFRAS:

CUADRO No.6

PROPORCION DE MORTALIDAD x 1000 NACIMIENTOS HOSPITAL DEL I.H.S.S. SERVICIO MATERNO INFANTIL 1963-65			
A Ñ O S	NACIMIENTOS	MUERTOS	%
1963	1877	42	22.3
1964	1882	40	21.2
1965	1801	40	22.2
- TOTAL	5560	122	21.8

ESTAS CIFRAS CONCUERDAN CON LAS PROPORCIONADAS EN.U.S.A. DE 1942 A 1952. (VER CUADRO No.1), NOTANDO CLARAMENTE UN DESCENSO PROGRESIVO AUNQUE LENTO DE DICHA MORTALIDAD PERINATAL EN NUESTRO I.H.S.S. CONSIDERANDO QUE AÑO A AÑO SE PERFILA UN AUMENTO SUSTANCIAL DE SUS AFILIADOS Y LÓGICAMENTE UN AUMENTO DE EMBARAZOS ATENDIDOS.

SE HA MENCIONADO EN INFORMES DISTINTOS, PROCEDENTES DE PAÍSES DISTINTOS Y DE NIVEL CULTURAL Y MATERIAL DISÍMILES UNA SINGULAR IGUALDAD DE CAUSAS DE MORTALIDAD PERINATAL IMPERANDO EN TODOS ELLOS, AUNQUE CON DIFERENCIAS PORCENTUALES PERO SIEMPRE EN ORDEN DECRECIENTE LA PREMATUREZ, LOS PROBLEMAS ESPIRATORIOS, LOS TRAUMAS OBSTÉTRICOS Y LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

NOS TOCO A NOSOTROS REVISAR LA CAUSA DE NUESTRA MORTALIDAD PERINATA QUE CONFIRMO LOS MISMOS HALLAZGOS QUE EN EL EXTRANJERO.

EN 1953, DE 42 NIÑOS FALLECIDOS SOBRE 1877 NACIMIENTOS SUPERAN 28 PREMATUROS A 14 NIÑOS DE TERMINO QUE EXPRESADOS EN PORCENTAJE RESPONDEN AL 66.6% Y AL 33.4% RESPECTIVAMENTE DE LA MORTI-NATALIDAD.

EN 1964, DE 1882 NACIMIENTOS FALLECIERON 40 CRIATURAS CON EL MISMO ALTO PORCENTAJE DE PREMATUROS (29) SOBRE 11 NIÑOS MADUROS Y QUE REPRESENTAN RESPECTIVAMENTE EL 72.5% Y EL 27.5%.

SOBRE 1801 NACIDOS EN 1956 NUEVAMENTE SE PRESENTARON 28 PREMATUROS Y COMPARATIVAMENTE BAJA MORTALIDAD DE 12 NIÑOS MADUROS, (VER CUADRO No.7)

CUADRO No.7

AÑO	NACI ENTOS	PREMATUROS	MADUROS	SUB-TOTAL
1963	1877	28	14	42
%		66.6	33.4	100.0
1964	1882	29	11	40
%		72.5	27.5	100.0
1965	1801	28	12	40
%		70.0	30.0	100.0
TOTAL EN 3 AÑOS		85	37	122

PARA CALCULAR LA PROPORCIÓN DE MORTALIDAD PERINATAL X 1000 NACIMIENTOS SE MULTIPLICA EL NUMERO DE MUERTOS X 1000 Y SE DIVIDE POR EL TOTAL DE NACIMIENTOS.

Es AS Í COMO SE PODRA OBSERVAR EN EL CUADRO NO.8 UNA MORTALIDAD PERINATAL DE 21.0 X 1000 NACIMIENTOS, QUE NO PUEDE CONSIDERARSE EXCESIVA SI LA COMPARAMOS CON LA MORTALIDAD PERINATAL OFRECIDA POR EL HOSPITAL SAN JOSÉ EN BOGOTÁ (CUADRO No.4) QUE HABÍAMOS CITADO ANTERIORMENTE Y LA MORTALIDAD PERINATAL HONDUREÑA OFICIAL CITADA EN EL CUADRO No.5.

CUADRO No.8

(PROPORCIÓN DE MORTALIDAD PERINATAL X 1000 NACIMIENTOS EN EL I.H.S.S.)

$\frac{122 \times 1000}{5560}$	-	21.8
I.H.S.S.		1963-1965

HEMOS RESERVADO PARA TERMINAR ESTE ESTUDIO UN RESUMEN DE LAS CAUSAS DE FALLECIMIENTO DE MORTINATOS Y RECIÉN NACIDOS MUERTOS EN EL LLAMADO PERIODO NEO-NATAL QUE COMPRENDE LOS AÑOS DE 1963, 1964 Y 1965 EN EL INTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOGIAL CON LA ÚNICA FINALIDAD DE CONTRIBUIR AL ESCLARECIMIENTO DE ESTAS MUERTES Y DARNOS UNA IDEA GENERAL MAS OBJETIVA EN CUANTO A PORCENTAJES DE NUESTRAS PATOLOGÍAS GINECO-OBSTÉTRICA Y PEDIATRICA INTIMAMENTÉ LIGADAS AL DESARROLLO FETAL, EL ACTO CRUCIAL DEL PARTO Y EL PELIGRO QUE ACECHA CONSTANTEMENTE AL NIÑO PRÁCTICAMENTE DESAMPARADO DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS DE SU VIDA EXTRA-UTERINA, VALE INFORMAR DESDE AHORA QUE ESTA RECOPIACIÓN DE DATOS ES EXCLUSIVAMENTE DE ORDEN CLINICO YA QUE NINGUNO DE LOS PRODUCTOS MUERTOS FUE AUTOPSIADO Y QUE LOS VALORES QUE RESULTEN DE ÉSTE ANÁLISIS ESTARÁN SUJETOS A MODIFICACION .ES EN UN FUTURO CERCANO QUE NOS PERMITA DISPONER DE DATOS ANATOMOPATOLÓGICOS .

EL CUADRO No.7 DEMOSTRÓ CON HARTA CLARIDAD QUE LA PREMATUREZ FUE CAUSA PRINCIPAL DEL DECESO PERINATAL YA QUE DE LOS 122 CASOS ESTUDIADOS EL 69.6% CORRESPONDIÓ AL NIÑO PREMATURO, (85) Y EL 30.4% AL NIÑO MADURO (37) .

AL AHONDAR EN LA INVESTIGACIÓN DE FACTORES QUE OCASIONARON ESTA MORTALIDAD COMPROBAMOS EN EL PREMATURO UN PREDOMINIO DE LAS COMPLICACIONES PULMONARES A LAS QUE SIGUEN DE UN MODO INVARIABLE EL TRAUMA OBSTÉTRICO Y LAS MALFORMACIONES CONGENITAS .

EN EL NIÑO MADURO POR EL CONTRARIO, LA CAUSA PRINCIPAL DEL DECESO FUE EL TRAUMA OBSTÉTRICO SEGUIDO POR LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS Y FINALMENTE POR LAS MALFORMACIONES CONGÉMITAS .

ESTA INFORMACIÓN PUEDE CONSULTARSE EN LOS CUADROS No.9 Y NO.10 QUE SE EXPONEN SEGUIDAMENTE :

CUADRO No.9

LA PATOLOGÍA CLÍNICA EN
CONTABA EN PREMATUROS Y EN NIÑOS MADUROS Y HENOS RELEVADO

AÑOS	CAUSAS DE MUERTE EN PREMATUROS	1963	1964	1965	TOTAL
1963- 1965	- COMPLICACIONES RESPIRATORIAS	16	15	16	47
	- TRAUMA OBSTETRICO	5	5	5	15
	- MALFORMACIONES CONGENITAS	1	3	0	4
	- VARIAS	6	6	7	19
TOTAL DE PREMATUROS		28	29	28	85

CUADRO No.10

ANOXIA POR CIRCULARES DE
CORDÓN

AÑOS	CAUSAS DE MUERTE EN MADUROS	1963	1964	1965	TOTAL
	- TRAUMA OBSTETRICO	7	4	5	16
	- COMPLICACIONES RESPIRATORIS	1	4	6	11
	- MALFORMACIONES CONGENITAS	2	2	1	5
	- VARIAS	4	1	0	5
TOTAL DE NIÑOS MADUROS		14	11	12	37

LOS HALLAZGOS CLINICO - PATOLÓGICOS ANOTADOS EN LOS CUADROS No.11 Y 12 SON BASTANTE INTERESANTES PORCUANTO EN ESTA ÚLTIMA INFORMACIÓN HEMOS SEPARADO LA PATOLOGÍA CLÍNICA ENCONTRADA EN PREMATUROS Y EN NIÑOS MADUROS Y HEMOS RESÉRVADO UN ESPACIO CONTIGUO ESPECIAL QUE INDICA OTROS HALLAZGOS CONSIGNADOS, COMO FACTORES OCASIONALES O NO NECESARIAMENTÉ OBLIGATORIOS HASTA LA FECHA, DE MUERTE PERINATAL. (VERCUADRO No.13)

CUADRO No. 11

I.H.S.S.

1963 - 1965

HALLAZGOS CLINICO-PATOLÓGICOS EN PREMATUROS

COMPLICACIONES RESPIRATORIAS.	- . ANOXIA CEREBRAL POR APNEA - . PARO CARDÍACO RESPIRATORIO SIN ESPECIFICACIÓN CLÍNICA - . ATELECTASIA - . ANOXIA POR CIRCULARES DE CORDÓN - . ASFIXIA POR ASPIRACIÓN DE CONTENIDO GÁSTRICO
TRAUMA OBSTÉTRICA	- . POSICIONES ANÓMALAS REQUIRIENDO O NÓ MANIOBRAS - . DISTOCIA PELVICO-CEFALIEA - . FORCEPS
MALFORMACIONES	- . HIDROCEFALIA - . ONFALOCÉLE GIGANTE - . ANO IMPERFORADO Y FÍSTULA - . RECTO VAGINAL.

CUADRO No. 12I.H.S.S.1963-1965HALLAZGOS CLINICO-PATOLÓGICOS EN NIÑOS MADUROS

COMPLICACIONES RESPIRATORIAS.	<ul style="list-style-type: none"> - . PARO CARDÍACO RESPIRATORIO SIN ESPECIFICAR. - . ASFIXIA POR QUISTE TIREOGLOSO - . MEMBRANA HIALINA - . EDEMA PULMONAR - . ASFIXIA POR CIRCULARES DE CORDÓN - . BRONCONEUMONÍA
TRAUMA OBSTÉTRICO	<ul style="list-style-type: none"> - . POSICIONES ANÓMALAS - . ANILLO DE BANDL - . DISTOCIA PÉLVICO-CEFÁLICA. - . POLISISTOLIA POR PITOCÍN PROBABLE - . FORCEPS. - . CESÁREA POR INMINENCIA DE ROTURA UTERINA.
MALFORMACIONES CONGÉNITAS	<ul style="list-style-type: none"> - . ANÉNCEFALO - . MONGOLISMO - . HIDROCEFALIA - . SÍNDROME DE ROGER PROBABLE (MALFORMACIÓN CARDÍACA).

CUADRO No. 13

I.H.S.S.

1963-1965

OTROS HALLAZGOS

- . PLACENTA PREVIA
- . INMADUREZ
- . SÍFILIS
- . ERITROBLASTOSIS
- . ENTERITIS INFECCIOSAS
- . ANMIONITIS
- . HEMORRAGIA DEL CORDÓN UMBILICAL.
- . ABRUPTIO PLACENTARIO.

NO FINALIZAMOS AQUÍ NUESTRAS PESQUISAS SIN ANTES SOMETER A CONSIDERACIÓN Y ESTUDIO FUTURO UNA PLEYADA DE DATOS APARENTEMENTE SECUNDARIOS LOGRADOS DE LOS EXPEDIENTES OBSTÉTRICOS Y PEDIÁTRICOS QUE NOSOTROS REVISAMOS.

EFFECTIVAMENTE EL ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES DE LA MADRE Y LOS DATOS OBJETIVOS DEL PRODUCTO ANTES DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO PUEDEN DILUCIDAR EN ALGUNA FORMA OTRAS CAUSAS DE LA MORTALIDAD PERINATAL Y LOGRAR ASÍ UNA REDUCCIÓN DESEADA DEL ÍNDICE DE FALLECIMIENTOS EN EL I.H.S.S. A FAVOR DE LA NIÑEZ HONDUREÑA.

¿QUÉ RELACIÓN EXISTE ENTRE LA EDAD DE LAS MADRES, LA EDAD DEL EMBARAZO, LA PARIDAD, EL NÚMERO DE ABORTOS, LA ANEMIA, LA NUTRICIÓN, EL TIPO DE SANGRE Y EL RH CON LA MORTALIDAD PERINATAL?

¿QUÉ RELACIÓN TIENE LA DURACIÓN DEL PARTO, LA ANESTESIA O LA ANALGESIA, LA AMNIOREXIS, LA DURACIÓN DEL PARTO CON LA MORTALIDAD PERINATAL?

¿QUÉ RELACIÓN MERECE LA LONGITUD DEL CORDÓN UMBILICAL, LA MODALIDAD DEL ALUMBRAMIENTO, LA HEMORRAGIA CON LA MUERTE FETAL Y NEO-NATAL?

¿QUÉ RELACIÓN SUPONE LA PRESENTACIÓN DEL FETO, EL DIÁMETRO DE LA CABEZA FETAL, EL PESO DEL RECIÉN NACIDO, EL SEXO EN LA MORTINATALIDAD Y LA MUERTE MEO-NATAL?

¿QUÉ RELACIÓN DIRECTA PUEDE EXISTIR ENTRE EL NÚMERO DE VISITAS A CONTROL PRENATAL Y LA REDUCCIÓN DE MORTALIDAD PERINATAL?

ESTAS Y OTRAS INTERROGANTES PUEDEN ANALIZARSE E INCLUSO REALIZARSE SU INVESTIGACIÓN JUICIOSA EN CORTO PLAZO PARA DETERMINAR SU IMPORTANCIA.

EN LOS SUBSIGUIENTES ÚLTIMOS CUADROS SE PODRÁ APRECIAR LA RECOPIACIÓN EN REFERENCIA, Y LAS CUALES SERVIRÁN DE PILARES BÁSICOS DE UNA NUEVA INVESTIGACIÓN PARA ALCANZAR UNA DISMINUCIÓN MAS CONCRETA DEL ÍNDICE DE MORTALIDAD PERINATAL EN NUESTRO PAÍS.

EDAD DE LAS MADRES

AÑOS	CASOS	%
- A 20	9	7.4
21 A 30	72	59.4
31 A 40	34	28.5
41 Y MÁS	7	4.7
TOTAL	122	100.0

PARIDAD

PARIDAD	CASOS	%
0	11	9.6
1 A 4	66	55.5
5 Y MÁS	39.3	32.3
NO CONSIGNADOS	3	2.6
TOTAL	122	100.0

EDAD DEL EMBARAZO EN SEMANAS

SEMANAS	CASOS	%
- A 28	34	28.3
29 A 36	42	33.9
37 A 40	44	36.3
NO CONSIGNADO	2	1.5
TOTAL	122	100.0

DURACION DEL EMBARAZO

HORAS	CASOS	%
- A 6	52	41.9
7 A 12	44	36.5
13 A 24	4	3.3
25 Y MÁS	1	0.8
NO CONSIGNADOS	21	17.5
TOTAL	122	100.0

NUMERO DE ABORTOS		
ABORTOS	CASOS	%
0	74	61.3
1 A 4	40	32.4
5 Y MÁS	2	2.1
NO CONSIGNADO	6	4.2
TOTAL	122	100.0

ALUMBRAMIENTO		
MODALIDAD	CASOS	%
MANUAL	9	7.4
B. SCHULTZE	75	68.9
B. DUNCAN	30	16.9
NO CONSIGNADO	8	6.8
TOTAL	122	100.0

TIPO DE HEMORRAGIA		
TIPO	CASOS	%
NO GENERAL	101	82.7
GENERAL	21	17.3
NO CONSIGNADO	5	4.3
TOTAL	122	100.0

CLARO	33	27.5
MECÓNICO	26	21.3
NO CONSIGNADO	14	11.4

PRESENTACION DEL FETO		
MODALIDAD	CASOS	%
VERTICE	79	66.2
PODALICA	32	24.6
TRANSVERSA	3	2.4
OTROS	8	6.8
TOTAL	122	100.0

AMNIOREXYIS

MODALIDAD	CASOS	%
ESPONTANEA	103	84.4
ARTIFICIAL	14	11.4
NO CONSIGNADO	5	4.2
TOTAL	122	100.0

DI METRO DE CABEZA FETAL

CM ³	CASOS	%
- A 32	63	52.2
33 A 36	29	23.5
37 Y MÁS	4	3.1
NO CONSIGNADOS	26	21.2
TOTAL	122	100.0

ANESTESIA

TIPO	CASOS	%
NO	101	82.7
TRILENE	5	4.2
GENERAL	10	8.2
RAQUIDEA	6	4.9

LIQUIDO AMNIOTICO

ASPECTO	CASOS	%
CLARO	82	67.3
MECONIO	26	21.3
NO CONSIGNADO	14	11.4

VISITAS A PRENATAL

No.	CASOS	%
0	26	21.3
1 A 2	24	19.6
3 Y MÁS	59	48.4
NO CONSIGNADO	13	10.7
TOTAL	122	100.0

PESO DEL RECIEN NACIDO

LBS.	CASOS	%
- A 3.7	45	35.0
3.8 A 5	30	25.7
5 Y MÁS	33	27.0
NO CONSIGNADO	14	12.3
TOTAL		
	CASOS	%

LONGITUD DEL CORDON

CM ^{No.}	CASOS	%
- A 40	14	11.4
41 A 60	49	40.1
61 Y MÁS	15	12.2
NO CONSIGNADOS	44	36.3
TOTAL	122	100.0

ANEMIA

GM DE Hg.	CASOS	%
- A 9	4	3.3
10 A 12	79	65.2
13 Y MÁS	32	26.6
NO CONSIGNADO	7	4.9
TOTAL	122	100.0

SEXO

TIPO	CASOS	%
MASCULINO	67	54.9
FEMENINO	55	45.1
TOTAL	122	100.0

TIPO	Rh.	CASOS	%
A	+	26	21.3
A	-	1	0.8
B	+	5	4.2
B	-	1	0.8
AB	+	1	0.8
AB	NEG.	0	0.0
O	+	74	60.6
O	-	1	0.8
No consignados		13	10.7
TOTAL		122	100.0

R E S U M E N

AL PRESENTAR UN INTERESANTE ESTUDIO DE MORTALIDAD PERINATAL EN LOS DEPARTAMENTOS DE OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (I.H.S.S.), AFIRMADO EN 122 DECESOS SOBRE 5560 NACIMIENTOS QUE OCURRIERON EN UN LAPSO DE 3 AÑOS (1963-1965) , HACEMOS NOTAR QUE ES LA PRIMERA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA QUE SE REALIZA SOBRE ESTE TEMA EN UN HOSPITAL DE TIPO SEMI PRIVADO, CONSIDERANDO QUE DICHO INSTITUTO A PESAR DE ESCASOS 6 AÑOS DE ACTIVIDAD MEDICO SOCIAL, PROPORCIONA EN LA ACTUALIDAD MEJORES SERVICIOS A LA COMUNIDAD, E INFORMACIÓN ESTADÍSTICA COMPLETA POR DESARROLLARSE TAL ACTIVIDAD EN BASES PLANIFICADAS DE ANTEMANO.

REPARAMOS SIN EMBARGO QUE EN NUESTRA INVESTIGACIÓN FALTARON ESTUDIAR FUERA DE NUESTRA VOLUNTAD, UN NUMERO DETERMINADO DE CASOS QUE ALTERARON AUNQUE EN GRADO MÍNIMO LAS CIFRAS DE TASAS Y PORCENTAJES.

ASÍ MISMO LAMENTAMOS QUE ESTE TEMA NO OFRECIESE MUCHOS DATOS NOVEDOSOS POR EL HECHO DE QUE VARIAS INFORMACIONES VALIOSAS NO FUERON ANOTADAS EN FORMA RUTINARIA POR LOS MEDICO QUE ATENDIERON LOS CASOS CITADOS AQUÍ, IMPOSIBILITANDO SU COMPLETO ANÁLISIS.

A PESAR DE TODO, PRÁCTICAMENTE RATIFICAMOS CON LIGERAS VARIANTES, LOS MISMOS PORCENTAJES GENERALES CAUSANTES DE MORTALIDAD PERINATAL DE OTROS PAÍSES, INCLUYENDO UNA NACIÓN TAN ADELANTADA CIENTÍFICAMENTE COMO LO ES LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMÉRICA Y CONVENIMOS QUE ESTE TRABAJO NOS COLOCA EN UNA CASI IGUALDAD DE CONDICIONES CON ESOS PAÍSES PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN, COMPARAR, DISCUTIR E INCLUSO DAR PAUTAS EN LA DURA TAREA DE REDUCIR EL ÍNDICE DE MORTALIDAD PERINATAL.

DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS QUE DISPONEMOS AHORA, NO CABE DUDA QUE EL ALTO COEFICIENTE DE FALLECIMIENTOS A EDADES TAN TIERNAS ESTA UBICADO EN EL PERÍODO PRENATAL, EN EL

MOMENTO DEL PARTO Y EN CAUSAS NATALES. JUEGAN TAMBIÉN IMPORTANCIA LAS CONDICIONES SOBRE EDUCACIÓN DE LA MUJER, EL MEJORAMIENTO DE SU SALUD PARA PREPARARLA EN EL TRAZO DE SER MADRE, SU ASISTENCIA A LA CONSULTA PRENATAL, LA CAPACIDAD DEL PERSONAL MÉDICO, DE ENFERMERAS Y DE LA ADECUADA DISPONIBILIDAD DE MATERIAL Y EDIFICACIONES .

A ESTE RESPECTO QUIERO REFERIRME A LA FALTA CASI COMPLETA DE DATOS ANATOMO-PATOLÓGICOS QUE ADOLESCEN TODOS LOS CENTROS HOSPITALARIOS DEL PAÍS EN CUANTO A PRECISAR UN DIAGNÓSTICO DUDOSO, NO POR FALTA DE ÍNTERES CIENTÍFICO SINO PORQUE AÚN NOS ENCONTRAMOS EN UNA ÉPOCA DESGRACIADAMENTE REACIA A LA AUTOPSIA, EN QUE NUESTRA GENTE, FALTA DE MEJOR EDUCACIÓN, CONSIDERA TODAVÍA EL CUERPO HUMANO UN "TABU" Y UN SACRILEGIO SU EXPLORACIÓN POST-MORTEM.

ESPERAMOS QUE UN DÍA ESTAS DEFICIENCIAS SERÁN SUPERADAS Y QUE LA OBLIGATORIEDAD DE LA AUTOPSIA SERÁ UN HECHO ACUMPLIDO EN FECHA NO LEJANA PARA BENEFICIO DEL NIÑO, DE LA MADRE Y DE LA COMUNIDAD HONDUREÑA EN GENERAL.

CONCLUIMOS FINALMENTE DICHIENDO QUE LA ESENCIA DE ESTA PRESENTACIÓN FUE EL DAR A CONOCER, A TRAVÉS DE UN ESTUDIO ESTADÍSTICO DE MORTALIDAD PERINATAL EN UNA INSTITUCIÓN QUE PROPORCIONA ASISTENCIA MÉDICO SOCIAL, LAS ALTERACIONES CLÍNICO PATOLÓGICAS DE AQUELLOS PADECIMIENTOS QUE DAN EL MAYOR ÍNDICE DE MUERTES EN UN PERÍODO TAN TRASCENDENTAL DE LA VIDA, Y COMO OBJETIVO PRINCIPAL, PROPORCIONAR UN MAYOR CONOCIMIENTO DE NUESTRA MORBILIDAD INFANTIL A FIN DE QUE LA MÁS ESTRECHA COLABORACIÓN ENTRE GINECO-OBSTETRA Y PEDIATRA LOGRE ABATIR EN NUESTRO PAÍS LOS ALTOS ÍNDICES DE PREMATUREZ Y MORTALIDAD,

CONCLUSIONES

- 1.- SE HACE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA RESALTANDO UNA INSUFICIENTE INFORMACIÓN OFICIAL EXTRANJERA.
- 2.- LOS CONOCIMIENTOS ACTUALES CLÍNICO-PATOLÓGICOS MATERNOS, DEL FETO VIABLE Y DEL RECIÉN NACIDO NO SON SUFICIENTES PARA REDUCIR RÁPIDAMENTE SU ÍNDICE DE MORTALIDAD.
- 3.- LOS PORCENTAJES PROPORCIONADOS CONSIDERAN UNA ALTA MORTALIDAD POR PREMATUREZ LIGADA A COMPLICACIONES RESPIRATORIA.
- 4.- SE DESTACAN COMO OTRAS CAUSAS PRINCIPALES DE FALLECIMIENTO PERINATAL A TRAUMAS OBSTÉTRICOS Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS.
- 5.- LOS ADELANTOS CIENTÍFICOS ACTUALES TIENDEN A REDUCIR LAS TASAS Y PORCENTAJES GENERALES DE MORTALIDAD PERINATAL.
- 6.- SE ESTUDIAN 122 EXPEDIENTES DE FETOS VIABLES Y DE RECIÉN NACIDOS MUERTOS EN EL HOSPITAL DEL I.H.S.S. DURANTE 3 AÑOS (1963-1965).
- 7.- SE ESPECIFICA LA CUALIDAD DEL HOSPITAL SEMI-PRIVADO Y SU ASISTENCIA A LA CLASE MEDIA DEL I.H.S.S.
- 8.- EL ESTUDIO ESTADÍSTICO REALIZADO SE IDENTIFICA APROXIMATIVAMENTE CON LAS TASAS Y PORCENTAJES DE MORTALIDAD PERINATAL DE OTROS PAÍSES.
- 9.- LAS CAUSAS DE MORTALIDAD PERINATAL EN EL I.H.S.S. SON ESENCIALMENTE LAS MISMAS QUE LAS DE OTRAS NACIONES.
- 10.- SE DEMUESTRA QUE LA MEJOR ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL I.H.S.S. HA REDUCIDO LA MORTALIDAD PERINATAL, COMPARADA CON LOS DATOS OFICIALES DE PORCENTAJES GLOBALES DE MORTALIDAD PERINATAL EN TODA LA REPÚBLICA DE HONDURAS DURANTE 6 AÑOS .
- 11.- SE SOMETEN A CONSIDERACIÓN ALGUNOS DATOS OBTENIDOS DE LAS MADRES Y SUS PRODUCTOS MUERTOS DURANTE EL PERIODO PERINATAL EN EL I.H.S.S.
- 12.- SE RECALCA LA IMPORTANCIA Y SE RECOMIENDA UNA PRONTA LEGALIZACIÓN DE LA AUTOPSIA PARA CONFIRMAR EL DIAGNOSTICO POST-MORTEM, A FIN DE PROPORCIONAR UNA INFORMACIÓN MÁS CIENTÍFICA Y VERÍDICA .
- 13.- SE HACE VER QUE EL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD PERINATAL ES NECESARIA, PARA COMBATIR EL ÍNDICE DE FALLECIMIENTOS RECOMENDADO MAYOR COOPERACIÓN ENTRE GÍNECO-OSTETRAS Y PEDIATRAS.

B I B L I O G R A F I A

- 1.) DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN, CHILE.
EVENTOS DE LA CONFEDERACIÓN MÉDICA
PANAMERICANA, MARZO 26 ABRIL 1964..... MORTALIDAD INFANTIL
DR. PIEDRA A. SARDUY, EDITOR. EN TALCAHUANO.,
HABANA, CUBA. P.280-281.

- 2.) DR. RODRÍGUEZ ARGUELLES JUAN,
MEMORIA. 40.CONGRESO MEXICANO
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA...
9 AL 14 DE JUNIO 1963..... EGIOPATOGENIA Y
EDITOR: INSTITUTO MEXICANO DE DIAGNOSTICO ETIO-
SEGURIDAD SOCIAL. LÓGICO DE LA MUERTE
FETAL, p.181-186.

- 3.) DR. VELASCO CÁNDANO LUIS,
MEMORIA, 40 CONGRESO MEXICANO DE
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
9 AL 14 DE JUNIO 1963..... MORTALIDAD NEO-NATAL
EDITOR: INSTITUTO MEXICANO DE
SEGURIDAD SOCIAL.

- 4.) DR. Medina ERNESTO,
REVISTA DE LA CONFEDERACIÓN MEDICA
PANAMERICANA. 31 AGOSTO 1963..... MORTALIDAD PERINA
TAL. SANTIAGO DE
CHILE, P.225-227

- 5.) ABRAMSON HAROLD.M.D..... "RESUSCITATION OF
THE NEW BORN".
P. 21-31.

- 6.) DR^o CAMACHO GAMBA
REVISTA COLOMBIANA DE PEDIATRÍA Y
PUERICULTURA. BOGOTÁ, ABRIL 1958. MORTALIDAD PERINA-
TALEN COLOMBIA
P.348-351.

- 7.) DEPARTAMENTO DE BIOESTADÍSTICA DATOS OFICIALES
"ANUARIOS DE BIGESTADIST I CA". DE MORTALIDAD PERI-
1960-1965. NATAL EN HONDURAS,
IMPRESA ARISTÓN. C.A.