

Mortalitatea perinatală. Studiu clinic

Perinatal mortality. Clinical study

Dr. Corina RĂDULESCU¹, Dr. Georgeta PĂTRAȘCU¹, Dr. Radu MATEESCU¹,
Asist. Univ. Dr. Alexandru MATEI², Șef Lucr. Dr. Edu ANTOINE¹

¹Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa“, București
²I.O.M.C. „Prof. Dr. Alfred Rusescu“, București

REZUMAT

Prematuritatea reprezintă una din entitățile obstetricale ale cărei consecințe sunt din cele mai complexe și redutabile, atât medicale, cât și în plan social și economic. Nașterea prematură este una din cele mai importante cauze de morbiditate și mortalitate perinatală, reprezentând aproape 30% din decesele neonatale, chiar în condițiile actuale.

În determinismul prematurității intervin numeroși factori de risc care acționează direct sau indirect și de cele mai multe ori simultan, în asocieră. Doar prin cunoașterea și evidențierea acestora este posibilă aprecierea existenței riscului de naștere prematură și aplicarea tratamentului adecvat. Nou-născutul prematur poate fi afectat imediat, când riscul este vital, cât și secundar, prin numeroase sechele, cele mai grave fiind cele neurologice.

Articolul dorește să sublinieze importanța dispensarizării corecte a gravidelor cu risc de naștere prematură în cadrul consultațiilor prenatale, precum și necesitatea asistenței în maternități cu dotarea adecvată și în condițiile unei colaborări strânse între obstetrician, neonatolog și reanimator.

Cuvinte cheie: mortalitate perinatală, naștere prematură, prematuritate

ABSTRACT

Prematurity is one of obstetrical entities whose consequences are complex and powerful, both medical and social-economic. Premature birth is one of the most important causes of perinatal morbidity and mortality, accounting for almost 30% of neonatal deaths, even in current conditions.

Prematurity determinism involves many risk factors that act directly or indirectly and often simultaneously in combination. Only through knowledge and their highlighting is possible to assess the existence of risk for premature birth and to apply appropriate treatment. Preterm infants may be affected immediately, when risk is vital, and also secondarily, by numerous sequels, the most serious being the neurological ones.

The present paper aims to highlight the importance of proper hospitalisation of pregnant women with risk of premature birth in prenatal consultations and also the need of assistance in maternities, with adequate conditions and close co-operation between obstetrician, neonatologist and reanimator.

Keywords: perinatal mortality, premature birth, prematurity

Adresă de corespondență:

Dr. Corina Rădulescu, Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa“, Dr. Corina Rădulescu, Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa“, Șoseaua Vergului nr. 12, București

Prematuritatea reprezintă o problemă importantă a obstetricii, prin prisma morbidității și mortalității perinatale.

Din cauza etiopatogeniei insuficient elucidate a acestei condiții patologice complexe, sensibilității sau specificității parametrilor de predicție ai nașterii premature, precum și a costurilor ridicate, este dificil de depistat un sistem de predicție ideal pentru nașterea prematură.

Nașterea prematură este cauza principală de mortalitate prematură, reprezentând aproximativ 30% din decesele nou-născuților (3).

Mortalitatea perinatală se definește numărul de decese ale nou-născuților în prima săptămână de viață la 1.000 de născuți vii. Perioada perinatală începe la 22 de săptămâni (154 de zile) de gestație și se termină la 7 zile după naștere (1), dar se mai sunt și alte definiții în uz (2).

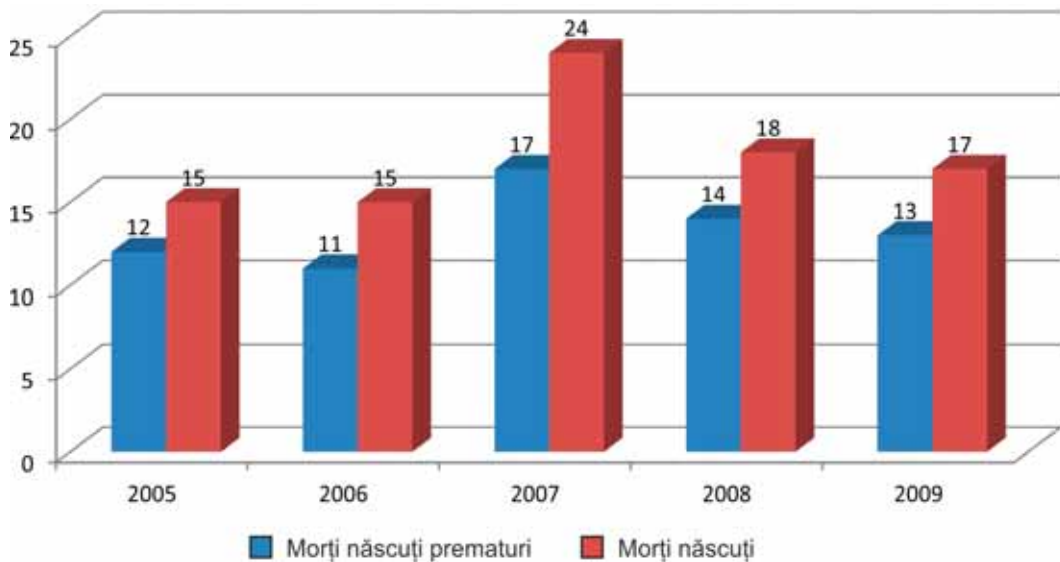
Mortalitatea perinatală poate include decese neonatale timpurii (decese nou-născuților în primele 7 zile de viață) și decese neonatale tardive (de la 7 zile până la 28 de zile).

Mortalitatea neonatală depinde de calitatea metodelor de îngrijire a nou-născuților și de dotarea secțiilor de neonatologie.

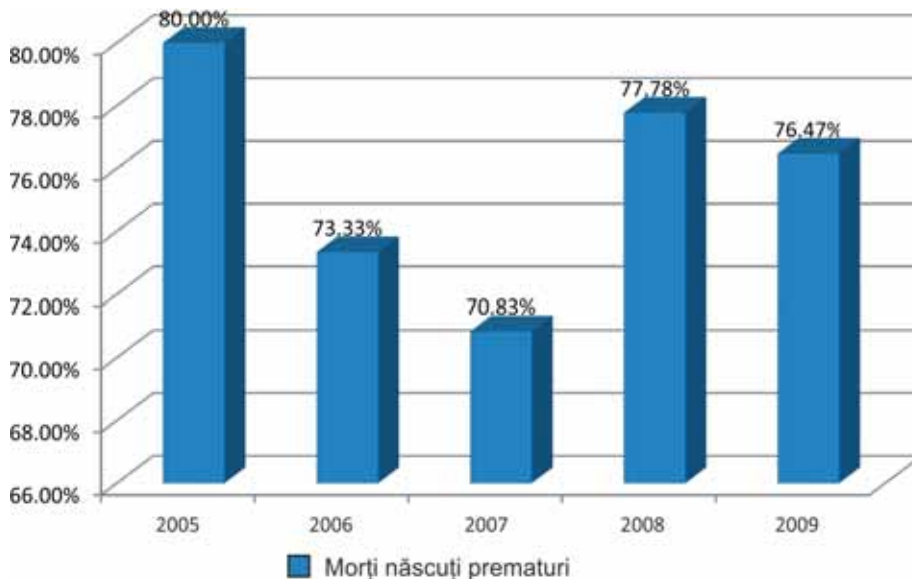
În acest studiu am analizat cazuistica Spitalului Clinic Caritas București între anii 2005-2009.

Pentru realizarea acestei analize au fost studiate o serie de date furnizate de departamentul de statistică, precum și din foile de observație ale cazurilor de naștere prematură.

Prematuritatea este cunoscută drept cauza principală a mortalității neonatale, producând peste 75% dintre decese la nou-născuți. Mai mult, în prezentul studiu, peste 75% dintre morți-născuți sunt prematuri, fără a putea de-



Evoluția mortalității perinatale pe tipuri de deces în perioada 2005-2009



Evoluția ponderii prematurilor în cadrul morților născuți în perioada 2005-2009

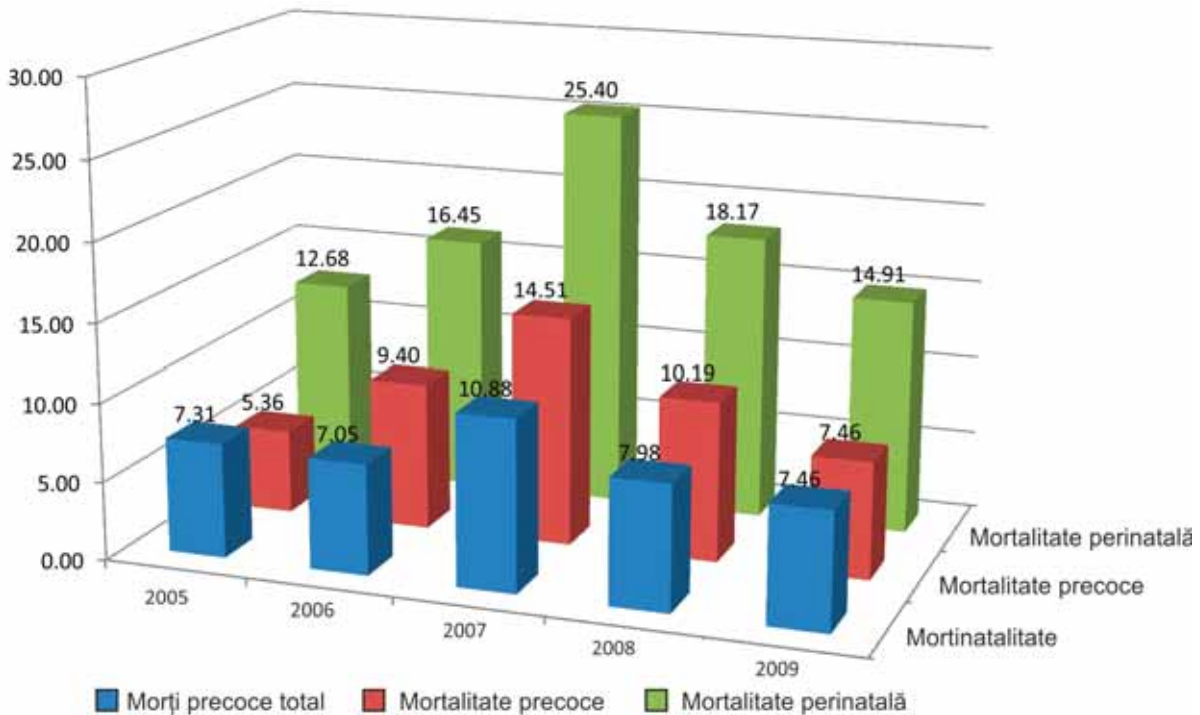
duce o relație cauză-efect între vârsta gestațională și mortalitatea antepartum și intrapartum. Astfel, dintre cele 89 decese fetale antepartum și intrapartum, 67 (adică 75,28%) se petrec înaintea termenului. (4-5)

Acest fapt confirmă interferențele fiziopatologice existente între nașterea prematură și decesul intrauterin al fătului, majoritatea proceselor patologice cunoscute putând conduce la ambele finalități nefaste.

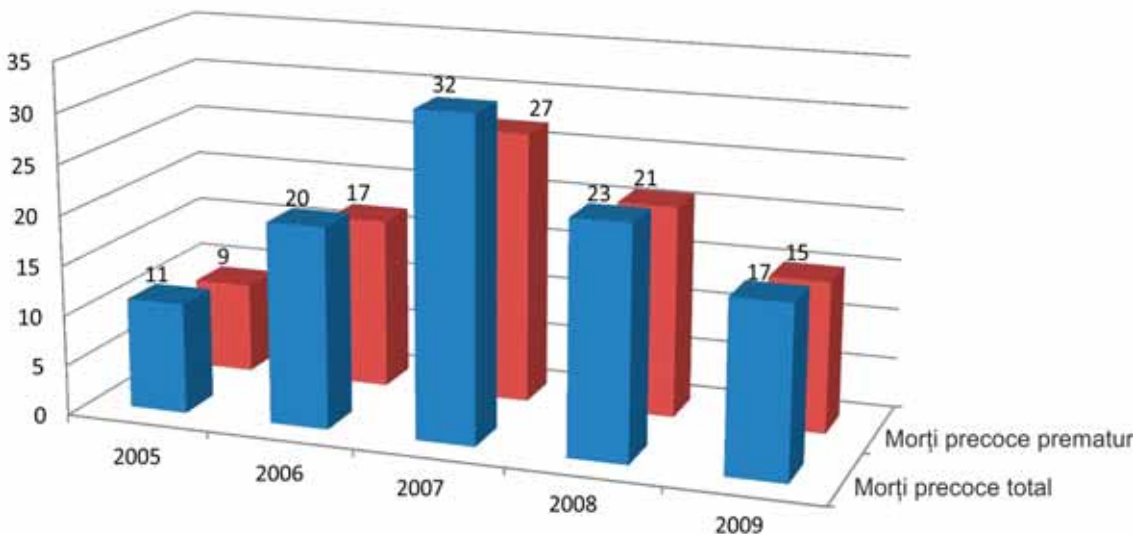
Această implicare a prematurității în mortinatalitate rămâne ridicată pe parcursul studiului, dar prezintă variații ample, de la 71% la 80%.

Paradoxal, anii 2006 și 2007, care reprezintă vârful de incidență a prematurității în studiul nostru, prezintă o proporție mai redusă a morților-născuți prematur, dar prezintă valori mai ridicate ale mortalității neonatale precoce, atât la prematuri, cât și în general (14,51%, respectiv 25,40%). Tot în anul 2007 se observă și vârful mortinatalității din studiul nostru – 10,88%.

Diminuarea ponderii prematurilor în această mortinatalitate sugerează un eveniment statistic, ce presupune o creștere temporară a mortinatalității în cazul sarcinilor la termen.



Evoluția indicatorilor de mortalitate în perioada 2005-2009



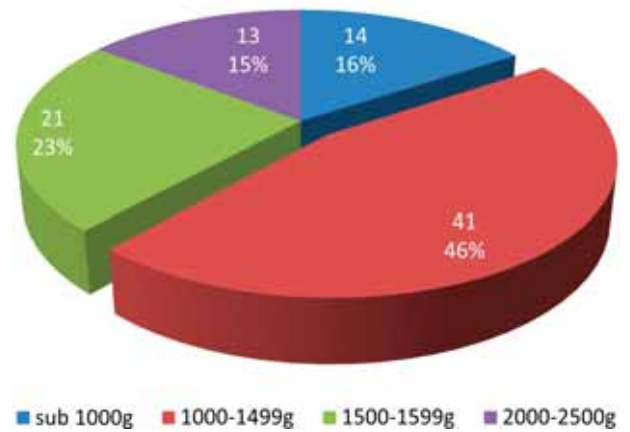
Evoluția ponderii morților precoce prin prematuritate în perioada 2005-2009

Principalii indicatori ai mortalității perinatale arată pe parcursul celor 5 ani studiați o mortinatalitate medie de 8,14‰, o mortalitate precoce medie de 9,38‰ și o mortalitate perinatală care se ridică la 17,52‰. Aceste cifre sunt relativ îngrorătoare, dacă este să le comparăm cu cele raportate de sistemele de asistență medicală din țările Europei de Vest.

Mortalitatea neonatală precoce este cauzată în principal de populația de prematuri, aceștia furnizând 89 din cele 103 decese neonatale precoce înregistrate în cei 5 ani (adică 86,41%). Această constatare este similară literaturii de specialitate, care atribuie prematurității 75-85% din decesele înregistrate în primele 7 zile de viață.

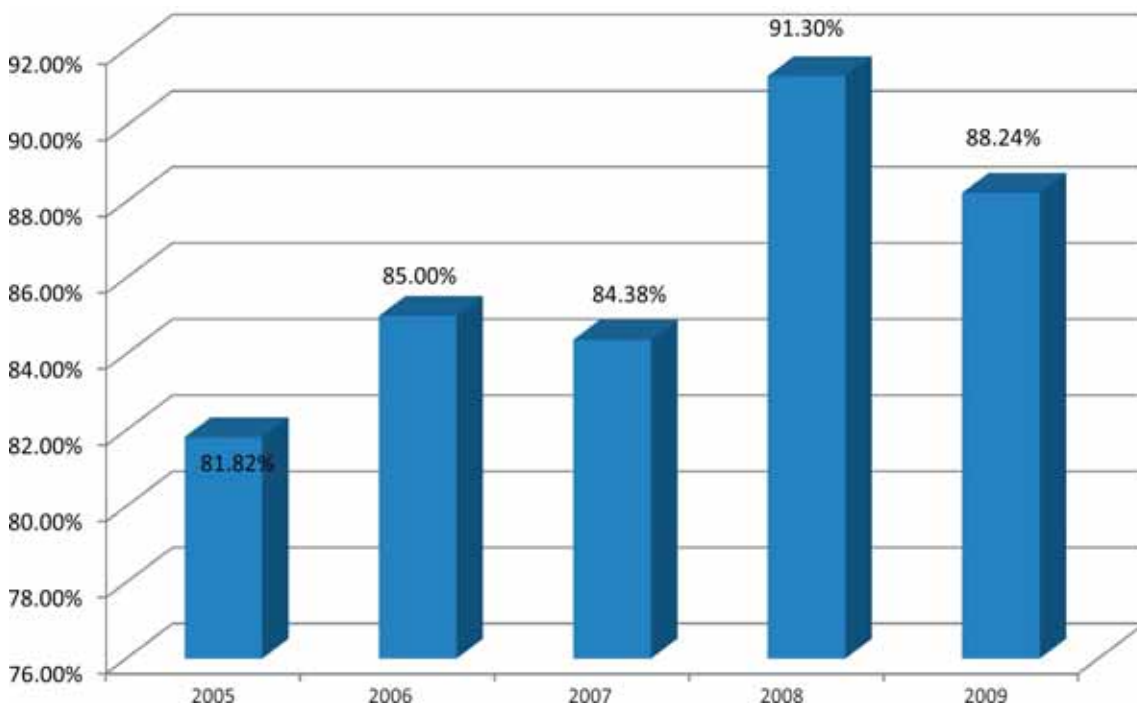
După cum s-a observat anterior, anii 2006-2008 au reprezentat un vârf al mortalității precoce pe parcursul studiului, vârf care se suprapune peste vârful înregistrat de indicele de prematuritate, spre deosebire de mortinatalitate, care a rămas relativ constantă.

Deși ameliorarea mortalității precoce pe parcursul ultimilor ani (2008-2009) este îmbucurătoare, faptul că ponderea prematurilor în cadrul morților precoce manifestă o tendință net crescătoare, ajungând până la 91,30% dintre aceștia, atrage încă o dată atenția asupra importanței prematurității și asupra dimensiunilor acestei probleme întâlnită în Spitalul Clinic Caritas.



Repartiția în funcție de greutate a numărului total de feți morți precoce în perioada 2005-2009

Studiind repartiția în funcție de greutatea la naștere a feților morți precoce în perioada 2005-2009, se constată că ponderea maximă (46%) este reprezentată de nou-născuții cu greutate între 1.000 și 1.500 g. Aceștia, împreună cu cei mai mici de 1.000 g sunt responsabili de 62% dintre decesele precoce postpartum, deși reprezintă doar 14% dintre prematuri. Așadar, mai mult de jumătate dintre decesele înregistrate în primele zile de viață sunt furnizate de copii cu greutate mai mică de 1.500 g.



Evoluția ponderii prematurilor în cadrul feților morți precoce în perioada 2005-2009

Feții cu greutate între 1.500 și 2.000 g produc 23% dintre decese și reprezintă tot 23% din populația de prematuri.

Aceste cifre sunt considerabil mai mari decât cele raportate de centrele specializate care dispun de resurse mult mai mari, știut fiind faptul că rezultatele obținute în domeniul tratării prematurilor sunt proporționale cu fondurile alocate de sistemul de sănătate.

O altă explicație poate fi supraîncărcarea secției de terapie intensivă neonatală a Spitalului Clinic Caritas cu prematuri furnizați de alte centre la câteva zile după naștere, momentul optim de instituire a terapiei cu surfactant fiind de cele mai multe ori ratat.

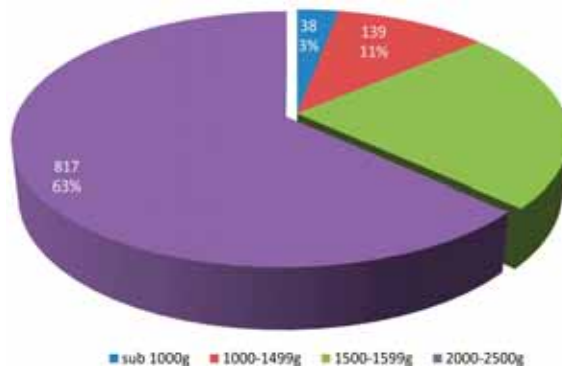
După cum era de așteptat, feții cu greutate mai mari de 2.000 g furnizează 15% din decese, în timp ce constituie majoritatea absolută a prematurilor – 63%.

Greutate	Nr. total nașteri premature	Morți precoce	Mortalitate precoce
sub 1.000 g	38	14	36,84%
1.000-1.499 g	139	41	29,50%
1.500-1.599 g	300	21	7,00%
2.000-2.500 g	817	13	1,59%
Născuți la termen	9.627	14	0,145%

Studiind mortalitatea precoce în funcție de greutatea la naștere, se obțin rezultate care ates-

tă proporționalitatea între gradul prematurității și mortalitatea precoce postpartum; astfel nou-născuții la termen au o mortalitate precoce de 1,45%, care crește exponențial odată cu gradul prematurității, atingând 29% în cazul prematurilor de grad III.

Mortalitatea prematurilor de grad IV, care atinge 37% se datorează probabil declarării ca avortoni a multora dintre feții mai mici de 1.000 g care decedază în primele zile de viață.



Repartiția în funcție de greutate a prematurilor

Tabelul următor sintetizează analiza nașterilor premature înregistrate în Spitalul Clinic Caritas.

	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Nașteri	2.051	2.128	2.205	2.257	2.280	10.921
Nașteri premature	192	244	297	280	281	1294
Indice de prematuritate %	9,36	11,47	13,47	12,41	12,32	11,85
Repartiția pe grupe de vârstă	2005	2006	2007	2008	2009	Total
sub 16 ani	10	10	15	8	14	57
17-20 ani	24	39	52	47	53	215
21-25 ani	49	54	63	61	56	283
26-30 ani	62	67	85	88	61	363
31-35 ani	31	47	51	47	68	244
peste 36 ani	16	27	31	29	29	132
Repartiția în funcție de paritate	2005	2006	2007	2008	2009	Total
I P	90	111	145	137	139	622
II P	42	60	73	70	74	319
III P	25	28	35	34	26	148
≥IV P	35	45	44	39	43	206
Scorul Apgar	2005	2006	2007	2008	2009	Total
APGAR 9-10	88	125	148	133	128	622
APGAR 7-8	62	76	94	99	115	446
APGAR 5-6	21	20	27	27	18	113
APGAR 3-4	4	6	7	5	4	26
APGAR 1-2	5	6	4	2	3	20
MORȚI NĂSCUȚI	12	11	17	14	13	67
Greutatea la naștere	2005	2006	2007	2008	2009	Total
sub 1.000 g	4	4	11	11	8	38
1.000-1.499 g	19	23	36	30	31	139
1.500-1.599 g	50	54	62	70	64	300
2.000-2.500 g	119	163	188	169	178	817
Mortalități	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Morți născuți total	15	15	24	18	17	89
Morți precoce total	11	20	32	23	17	103
Feți morți – total	26	35	56	41	34	192

Mortinatalitate ‰	7,31	7,05	10,88	7,98	7,46	8,15
Mortalitate precoce ‰	5,36	9,40	14,51	10,19	7,46	9,43
Mortalitate perinatală ‰	12,68	16,45	25,40	18,17	14,91	17,58
Morți născuți	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Morți născuți prematuri	12	11	17	14	13	67
Ponderea prematurilor în cadrul morților născuți ‰	80,00	73,33	70,83	77,78	76,47	75,28
Morți precoce	2005	2006	2007	2008	2009	Total
sub 1.000 g	0	0	7	5	2	14
1.000-1.499 g	4	9	13	10	5	41
1.500-1.599 g	4	5	3	4	5	21
2.000-2.500 g	1	3	4	2	3	13
Morți precoce prematuri	9	17	27	21	15	89
Morți precoce total	11	20	32	23	17	103
Ponderea prematurilor în cazul morților precoce ‰	81,82	85,00	84,38	91,30	88,24	

BIBLIOGRAFIE

1. www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/
2. Richardus J.H., Graafmans W.C., Verloove-Vanhorick S.P., Mackenbach J.P. – (January 1998). „The perinatal mortality rate as an indicator of quality of care in international comparisons”. *Med Care* 36 (1): 54-66. PMID 9431331.
3. March of Dimes -> Neonatal Death Retrieved on September 2, 2009
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Assessment of risk factors for preterm birth. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 31, October 2001. (Replaces Technical Bulletin number 206, June 1995; Committee Opinion number 172, May 1996; Committee Opinion number 187, September 1997; Committee Opinion number 198, February 1998; and
5. ACOG practice bulletin. Management of preterm labor. Number 43, May 2003. *Int J Gynaecol Obstet.* Jul 2003; 82(1):127-35. [Medline].

