

Mortalidad perinatal

Inequidades en América Latina

DRS. MANUEL TICONA-RENDÓN, DIANA HUANCO-APAZA, VÍCTOR GARCÍA-MONTENEGRO, KARINACALDERÓN-FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de la mortalidad perinatal es un hecho de gran importancia, por que nos proporciona una imagen del nivel de desarrollo y calidad de salud de los pueblos. Además, permite medir el estado de salud del producto de la concepción durante los dos últimos meses de vida intrauterina y los primeros 6 días de vida extrauterina.

La mortalidad perinatal no ha disminuido en forma significativa y las brechas con los países desarrollados están aumentando. Asimismo, el mayor componente de la mortalidad infantil es la mortalidad neonatal, 60% de las muertes infantiles se producen en el primer mes de vida⁽¹⁾.

¿Cómo lograr entonces en nuestra región una sustancial mejora de la salud materna perinatal? En primer lugar, es necesario analizar la situación actual en nuestra región. América Latina es la región del mundo donde existen mayores inequidades en la distribución de las riquezas. La mayor carga de mortalidad y morbilidad se da en las poblaciones con menores recursos; es en ellos que debemos concentrar nuestros esfuerzos. Las diferencias en los indicadores de salud entre los sectores socioeconómicos más altos comparados con los más bajos son alarmantes y ello se debe no sólo a las peores condiciones de estas poblaciones, sino también a la menor concentración y calidad de las prestaciones de salud en las que concurren a recibir atención⁽²⁾.

En nuestra región se está viendo que aumenta el porcentaje de mujeres que asisten a los hospitales a tener sus partos; en la

actualidad, 86% de los partos son hospitalarios⁽¹⁾. La concurrencia a la atención durante el embarazo no es tan alta y el número de visitas es bajo. La atención preconcepcional es casi nula lo que se traduce en que los embarazos no deseados representan 60 a 70% de los embarazos; el embarazo en adolescentes es superior a 20% de todas las embarazadas y continúa habiendo un alto porcentaje de grandes multiparas⁽³⁾.

Ante esta realidad, se necesita una enérgica respuesta de los trabajadores de salud. Si bien sabemos que las condiciones socioeconómicas son las mayores determinantes de los malos resultados, se necesita tomar acciones y estrategias de salud que puedan mejorar los indicadores. La atención prenatal, del parto y del recién nacido necesitan de una serie de controles e intervenciones. No obstante, debemos explorar acciones puntuales que puedan ser aplicadas en forma masiva, que puedan llegar a poblaciones aisladas y aliviar en parte la no concurrencia de las mujeres a controles muy frecuentes.

Es necesario reforzar las investigaciones para poder lograr intervenciones concretas y masivas que puedan brindarse en forma sencilla a todas las embarazadas. La actitud del profesional debe ser muy activa, informándose de los resultados de las investigaciones, aplicando las conductas que surjan de investigaciones de buen diseño. También las normas de atención deben basarse en las mejores evidencias con una activa actualización⁽⁴⁾. El prestador de salud debe hacer participe a la mujer en las decisiones, respetando sus creencias, su cultura y sus derechos.

La realidad de la región de América Latina y El Caribe es un reto para todos aquellos que deseamos una mejor salud de las madres y niños de nuestra región. De la actitud individual resultará que logremos estos objetivos. Esta actitud debe ser de humildad, para aceptar mejorías y para aceptar unirnos todos en el logro del bien común. Debe ser generosa, para rechazar prebendas individuales en beneficio de todos. Debe ser sacrificada, poniendo los mayores esfuerzos en la mejoría de la aten-

1. Doctor en Medicina. Profesor Principal de Universidad Jorge Basadre de Tacna
2. Magíster en Salud Pública. Obstetrix del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
3. Médico Ginecoobstetra. Hospital H. Unanue Tacna, Docente de la Universidad
4. Obstetrix. Unidad de Investigación e Informática. Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Privada de Tacna

Correspondencia: Dr. Manuel Ticona Rendón
Av. Bolognesi 611, Of. 203. Tacna. Tlf: (052) 965-9074
Email: mticona@viabcp.com.pe



ción. Debe ser solidaria, contemplando todos los aspectos de aquellos que más lo necesitan. Debe ser científica, dedicándonos al estudio reflexivo y a la investigación, para lograr las mejores soluciones. Tenemos un gran reto que afrontar. No podemos eludirlo. Es nuestra responsabilidad mejorar la salud materna y perinatal de América Latina y el Caribe. Unamos esfuerzos para cumplir esta meta.

MORTALIDAD PERINATAL

Según la OMS, la mortalidad perinatal tiene dos componentes: Fetal tardío y neonatal precoz. La fetal tardía ocurre a partir de las 28 semanas (1 000 g) hasta el parto y la neonatal precoz es la muerte de un recién nacido vivo hasta antes de los 7 días de existencia⁽⁵⁾.

Alrededor de 8,1 millones de infantes fallecen todos los años en el mundo, más de la mitad de ellos durante el primer mes de vida y una gran proporción en los primeros días. Muchas de estas muertes neonatales son consecuencia directa de embarazos y partos con manejo muy pobre. Millones de niños sobreviven, pero con un daño que afecta su rendimiento físico y mental toda la vida. Las causas son similares alrededor del mundo (los recién nacidos mueren o quedan dañados) por asfixia, traumatismo, infecciones o malformaciones congénitas.

El origen de la gran mayoría de este grupo de fetos y recién nacidos es las madres con complicaciones mayores durante el embarazo (hemorragias, sepsis, enfermedad hipertensiva del embarazo, etc.) y parto complicado. Muchas mujeres sobrevivirán a estas complicaciones, pero sus hijos fallecerán antes, durante y después del nacimiento^(6,7).

El más completo de los estudios sobre mortalidad perinatal fue realizado en 1958, en Inglaterra, permite importantes conclusiones y ha servido como referencia para comparaciones en todos los países del mundo⁽⁸⁾. Los estudios nacionales y extranjeros demuestran claramente que la morbilidad materna y perinatal se concentra en grupos de población que han sido denominados de alto riesgo, el cual debe de ser identificado antes que sucedan las complicaciones. El embarazo de alto riesgo tiene una incidencia del 30% y aporta alrededor de 75% de la morbilidad perinatal^(9,10).

MORTALIDAD PERINATAL EN LAS AMÉRICAS

Inequidades en las Américas

Los países en vías de desarrollo contribuyen al 76% de la población mundial, 99% de las muertes maternas, 95% de las muertes infantiles, 98% de las muertes perinatales, 95% del crecimiento mundial, 96% de los recién nacidos de bajo peso, 99% de los recién nacidos con retardo de crecimiento intrauterino, 99% de los embarazos adolescentes.

Tabla 1. Indicadores demográficos y acceso a servicios sanitarios

Indicadores	ALC	Can/EE.UU.	Diferencia ALC-Can/EE.UU.
■ Esperanza de vida (años) ambos sexos	68	77	9 años (-17%)
■ Alfabetismo (%) (>14 años)	73	99	-26%
■ Tasa de natalidad (cada 1 000 habitantes)	28,9	19,6	9,3 (+48%)
■ Tasa de fecundidad (hijos por mujer)	2,7	1,9	0,8 (+42%)
■ Acceso a agua potable (%)	85	100	-15
■ Acceso a saneamiento y eliminación excretas (%)	66	100	-34
■ Crecimiento demográfico anual (%)	1,5	0,8	0,7 (+68)

Fuente: OPS. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2000

Es conocida la brecha de inequidades entre los países de América Latina y el Caribe (ALC) (países en vías desarrollo con transición demográfica) y países como Canadá y EE UU (países desarrollados con economías consolidadas).

Latinoamérica tiene una población para el año 2000 de 506 millones de habitantes, mientras que Canadá y EE UU reúnen 308. De la población de ALC, 57% de los habitantes vive bajo la línea de pobreza, mientras que esto sucede en 6% en Canadá y 14% en EE UU⁽¹¹⁾.

Las tasas de natalidad y de fecundidad y el crecimiento demográfico anual son mayores en ALC. Todos los demás indicadores son menores. A nivel sanitario, los 7 indicadores son negativos en relación con los de Canadá y EE UU.

En todos los indicadores, los recursos de salud son inferiores en la Región de América Latina y el Caribe. El mayor déficit está en el número de enfermeras (-92%) y de camas hospitalarias (-28%).

Las tasas de mortalidad (materna, perinatal, infantil y por enfermedades transmisibles) y las muertes por enfermedades evitables (EDA e IRA) son mayores en América Latina y el Caribe.

Tabla 2. Indicadores de recursos de salud

Indicadores	ALC	Can/EE.UU.	Diferencia ALC-Can/EE.UU.
■ Gasto en salud (% del PIB)	1,2	11,4	7,2% (-90%)
■ Camas hospitalarias por 1 000 habitantes	2,9	4,0	1,1 (-38%)
■ Médicos cada 10 000 habitantes	21,4	27,4	6 (-23%)
■ Enfermeras por 10 000 habitantes	7,4	96,2	89,1 (-92%)
■ Personal capacitado en atención de emergencias (%)	66,9	98,0	31,1 (-32%)
■ Personal capacitado en atención del parto (%)	85,6	99,1	13,5 (-14%)

Fuente: OPS. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2000



Tabla 3. Mortalidad

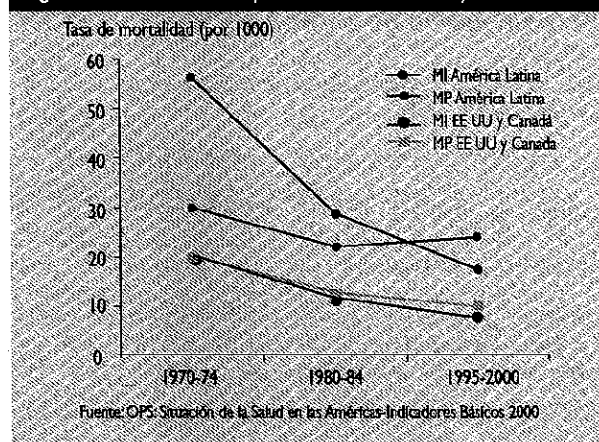
Indicadores	ALC	Canadá-EE UU	Diferencias ALC-Canadá/EEUU
■ Mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos	89,4	8,2	11 veces <
■ Mortalidad perinatal por mil nacidos vivos	38,8	10	4 veces <
■ Mortalidad infantil por mil nacidos vivos	29,1	7	4 veces <
■ Mortalidad enfermedades transmisibles/100 000 hab.	82	28	3 veces <
■ Mortalidad de menores de 5 años por EDA (%)	8,2	0,6	12,5 veces <
■ Mortalidad de menores de 5 años por IRA (%)	10,7	2,4	3,5 veces <

Fuente: OPS. Situación de la Salud en las Américas - Indicadores Básicos 2000

Las máximas diferencias están en la mortalidad materna (11 veces más) y la mortalidad perinatal e infantil (4 veces).

La Figura 1 muestra la evolución de la mortalidad perinatal e infantil de 8 países seleccionados de la Región (Argentina, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá, Puerto Rico y Uruguay), de los cuales se contaba con información de los últimos 25 años. En ella se puede apreciar una importante disminución en las cifras de mortalidad infantil de 56,2% a 17,1%. En estos mismos países, la disminución de la mortalidad perinatal fue de 30% a 23,9%; al comparar estas tendencias con los dos países más desarrollados de la Región (EE UU y Canadá), se aprecia que la brecha ha aumentado en estos 25 años. La situación actual en ALC es que la mortalidad perinatal es más alta (39,4%) que la mortalidad infantil (31,5%).

Figura 1. Mortalidad Infantil y Perinatal América Latina y EEUU-Canadá



Dimensión de la mortalidad perinatal en América Latina

Cada año ocurre en el mundo aproximadamente 3,3 millones de muertes en el periodo neonatal precoz y 4,3 millones de muertes fetales.

En la última década, la mortalidad infantil en Latinoamérica mostró una disminución constante, especialmente a expensas del período posneonatal, en donde las intervenciones son más exitosas, mientras que la mortalidad neonatal no mostró cambios.

En 17 países de América Latina se produjo la transición epidemiológica, en donde el componente neonatal de la mortalidad infantil (61%) es mayor que el posneonatal (39%).

Dentro de la fracción neonatal, la mayor reducción presentó la neonatal tardía, con escasos o nulos cambios en la mortalidad neonatal precoz. La mortalidad perinatal, fue la que menos cambio ha tenido en la última década, debido a que la mortalidad fetal en general no se ha modificado. Las afecciones perinatales son actualmente la primera causa de mortalidad infantil (Figura 2).

La principal causa de mortalidad perinatal es el bajo peso al nacer (BPN) que es el responsable de aproximadamente 80% de las muertes neonatales. En muchos de estos países no se encuentra con información para discriminar en los de peso bajo cuáles son pretérmino y cuáles pequeños para la edad gestacional. La prevalencia del BPN en general ha permanecido sin modificaciones en los últimos años, alcanzando cifras que oscilan entre 8 y 14%.

La información de la Tabla 4, en 22 países de Latinoamérica, muestra que la población total es 491 millones de habitantes, y dos de ellos (Brasil y México) tienen más del 50% de la pobla-

Figura 2. Causas de mortalidad infantil América Latina y Caribe

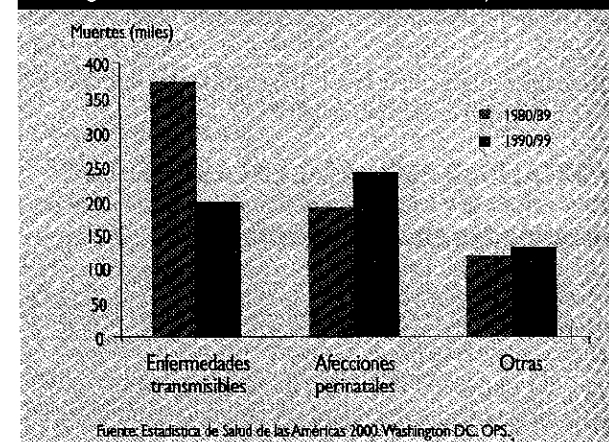




Tabla 4. Indicadores de salud en 22 países de América Latina

Países	Atención prenatal	Atención de parto	TMP1	TMP	TMP*
■ Argentina	96	95	44	21	30
■ Bolivia	53	28	390	59	55
■ Brasil	86	91	114	40	45
■ Chile	100	100	25	13	15
■ Colombia	83	96	87	24	25
■ Costa Rica	92	97	29	12	20
■ Cuba	100	100	33	8	15
■ Ecuador	75	59	159	39	45
■ El Salvador	59	67	60	40	35
■ Guatemala	54	35	190	38	45
■ Haití	68	46	457	74	95
■ Honduras	84	54	148	42	40
■ Jamaica	73	90	160	25	40
■ México	71	84	48	23	40
■ Nicaragua	87	87	124	47	35
■ Panamá	94	89	84	16	25
■ Paraguay	69	36	123	36	40
■ Perú	67	56	285	43	38
■ República Dominicana	98	95	110	45	35
■ Uruguay	98	99	19	17	25
■ Venezuela	74	95	56	22	25
■ Promedio	81	77	125	32	36
■ Desvío estándar	13	24	111	16	16
■ Rango	53 - 100	28 - 100	19 - 457	8 - 74	15 - 95
■ Mediana	85	88	94	31	35

TMP1 = Tasa de mortalidad materna; TMP = Tasa de mortalidad infantil.

TMP* = Tasa de mortalidad perinatal.

Fuente: Indicadores Básicos OPS/OMS 1998

ción. El total de nacimientos por año es de 11 156 000. El promedio de tasa cruda de natalidad es 21,3 por cada 1 000 habitantes y en el Perú, 24,7, ligeramente por encima del promedio.

El 14% de la población de más de 15 años es analfabeta; el Perú presenta 10% de analfabetismo. La expectativa de vida varía entre 55 y 77 años, siendo 69 en el Perú.

El porcentaje de control prenatal varía entre 53% (Guatemala) y 99% (Cuba), siendo 67% en el Perú. Los partos institu-

cionales varían entre 20% y 99%, siendo 56% en el Perú; y el número de médicos por cada 10 000 habitantes es de 14,3 en promedio con rangos entre 2,5 (Haití) y 53 (Cuba) y una mediana de 10,7, estando el Perú en el promedio (10,3).

En el año 1998, la mortalidad infantil promedio fue de 31,9 por mil (con rango entre 8 y 74 por mil), siendo en el Perú de 43. La mortalidad perinatal varía entre 15 y 95 por mil nacimientos, siendo el promedio de 36, el Perú presenta una tasa de 35.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Belizán J, Martínez G, Capurro H. Perinatal health in Latin America. In: Carrera J, Cabero L, Baraibar R, eds. World th. Congress of Perinatal Medicine 5. Barcelona, September 23-27 2001. Bologna: Monduzzi; 2001. p. 19-24.
2. Barros F, Victora C, Vaughan J, Tomasi E, Horta B, Cesar J, Menezes M, Halpern R, Post C, del Mar García M. The epidemiological transition in maternal and child health in a Brazilian city, 1988-93: a comparison of two population-based cohorts. Paediatric and Perinatal Epidemiology 2001; 15:4-11.
3. Conde-Agudelo A, Belizán J. Maternal morbidity and mortality associated with inter pregnancy interval: cross sectional study. British Medical Journal 2000; 321:1255-59.
4. Althabe F, Buekens P, Belizán J, Belizán M. Introduction of evidence-based medicine in perinatology. In: Carrera J, Cabero L, Baraibar R, eds. World Congress of Perinatal Medicine 5. Barcelona, September 23-27 2001. Bologna: Monduzzi; 2001. p. 1146-1152.
5. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Boletín del CLAP. Montevideo, Uruguay. 1984; Vol. 1 (3).
6. Álvarez C. Morbimortalidad Perinatal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica. XVIII Congreso Nacional de Pediatría. Ica. 1995.
7. Campa M. Algunos factores de riesgo de la mortalidad infantil en un área de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. La Habana. 1995.
8. Bradford, G. Infant mortality in Alaska: A historical perspective. JAMA. 1991; 265: 217-221.
9. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Boletín Salud Perinatal. 1998. Montevideo, Uruguay.
10. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. El Control Prenatal. Boletín Salud Perinatal. Montevideo, Uruguay. 1990; Vol.3 (10).
11. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Situación Materna y Perinatal. Boletín Salud Perinatal N° 19. 2001. Montevideo, Uruguay.