

## MORTALIDAD PERINATAL Perinatal Mortality. A worrying reality!

Elsa Mantilla Portocarrero 1

### INTRODUCCIÓN

La mortalidad perinatal es un indicador de impacto que refleja el nivel de desarrollo de los pueblos y que permite medir directamente la calidad de los servicios de salud materno-infantil. En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una Comisión sobre Macroeconomía y Salud para analizar la relación de la salud con el desarrollo.

### MORTALIDAD PERINATAL

El informe presentado por la Comisión hace una mención relevante a las condiciones perinatales inadecuadas entre la lista de determinantes que pueden prevenirse, subrayando las secuelas que pueden manifestarse de no atenderlas.

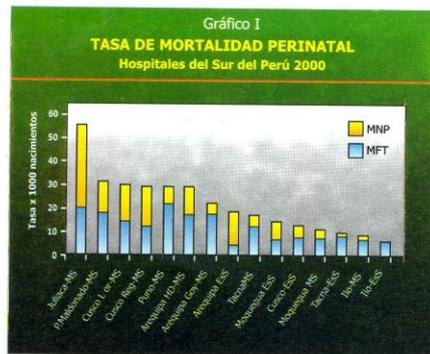
Por ejemplo, casi la cuarta parte de los neonatos de los países en desarrollo presenta crecimiento insuficiente en el útero, lo que a futuro podría provocarles bajo peso al nacer, problemas durante su desarrollo, problemas de atención y de concentración e inclusive hasta riesgo de muerte. En el presente siglo, las tasas de mortalidad perinatal en los países desarrollados han

a 95 por mil nacidos vivos, encontrándose el Perú en el promedio regional de 35 por mil nacidos vivos (3,4).

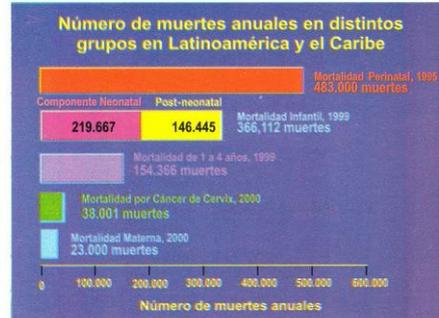
La ENDES IV, realizada en el año 2000, señala una mortalidad perinatal de 23,1 x 1000 nacidos vivos. Esta encuesta debe ser considerada como el documento más cercano a la realidad, correspondiendo a la mortalidad neonatal 13,86 y a la fetal tardía 9,24 x 1000 nacidos vivos.

Es evidente que, entre los componentes de la mortalidad perinatal, la mortalidad neonatal tiene mayor peso, razón por la que habría que abocarse a ella con cierta prioridad.

Al revisar la literatura científica nacional, debemos destacar el estudio realizado por Ticona y col. (5) al efectuar un trabajo colaborador de mortalidad perinatal hospitalaria en 15 centros asistenciales, en su mayoría de nivel I y II del sur del Perú, en el que se refleja que la tasa global de mortalidad perinatal fue 23,46 por 1000 nacidos vivos (fetal tardío 13,76 y neonatal precoz 9,70, con una relación de 1,5 a 1).



disminuido en forma acelerada, alcanzando cifras tan bajas como 7,3 por mil nacidos vivos en Suiza, 7,9 en Alemania, 8,6 en Suecia, 8,7 en Japón y 10,8 en Estados Unidos. Mientras, en los países de América Latina las tendencias son diferentes, con rangos de 15



Como se aprecia en los párrafos precedentes, los componentes de la mortalidad perinatal difieren entre el estudio de Ticona y la ENDES IV.

En los hospitales del sur del Perú, el 54,4% de las muertes neonatales tienen como causa la dificultad

1 Docente de la Fac. de Obstetricia y Enfermería de la USMP.

respiratoria y las infecciones, ambas entidades susceptibles de control. El riesgo de mortalidad fetal tardía se asocia mayormente a la falta de control prenatal.

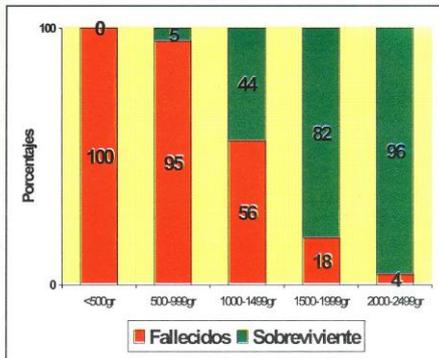
La mayoría de los estudios revisados están referidos a la mortalidad perinatal hospitalaria. Las cifras han fluctuado entre 13,4 para el hospital San Bartolomé y 32,7 x 1000 nacidos vivos para el Instituto Materno Perinatal.

Estudios como los de Arias (6), efectuados en Lima, tienen cifras de mortalidad fetal tardía hospitalaria del orden de 19,1 y 21,6 x 1000 nacidos vivos, superiores a los mostrados por Ticona.

En el ámbito nacional, la mortalidad perinatal tiene un alto componente de muertes por desnutrición intrauterina: el 12% de los nacimientos institucionales son recién nacidos de bajo peso.

En una publicación reciente del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora (7), perteneciente al sector salud y cuya área de responsabilidad es el Cono Sur de Lima, se puede apreciar una gran contribución de los recién nacidos de bajo peso a la mortalidad neonatal. Más del 78% de los recién nacidos fallecidos eran de bajo peso (RNBP); es decir, peso < 2500 gramos, agravándose la situación en aquellos que pesaron < 2000 gramos.

**Relación de RN sobrevivientes vs. fallecidos según peso al nacer:**



El peso al nacer es el indicador más importante de la supervivencia y el desarrollo saludable. Entre los recién nacidos, en todo el mundo el 18% pesan menos de lo recomendable, y esta cifra aumenta a 50% en Bangladesh, donde muchas madres se encuentran desnutridas.

La salud del recién nacido es el resultado de la salud reproductiva de la madre y el bienestar del neonato está fundamentalmente vinculado a la salud de su madre antes del nacimiento y a la atención que la gestante recibió durante el parto.

Las complicaciones derivadas del embarazo y del alumbramiento son la causa principal de muerte y discapacidad, tanto para la madre como para el recién nacido.

Al referirnos a la mortalidad neonatal, sobre todo la que ocurre en los primeros 7 días de vida, debemos interpretarla en el contexto de la mortalidad perinatal, por ser uno de sus componentes, conjuntamente con la mortalidad fetal tardía.

La OMS informa que la mortalidad ligada al embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil; de esta manera, las afecciones originadas en el período perinatal representan el 55% de la mortalidad infantil en EEUU; en América Latina ésta representa el 60% de la mortalidad infantil, 35,8% en Chile, 55% en Argentina, 39,2% en Colombia, 29,8% en México y 56% en el Perú.

El riesgo de que un bebé muera en el primer mes de vida es 15 veces mayor que en cualquier otro momento durante su primer año de vida (8).

La calidad de la alimentación y las calorías que consume la madre tienen una influencia directa sobre el tamaño, el peso al nacer y el riesgo de enfermar o morir del bebé. Los niños con bajo peso al nacer (<2500 gramos) tienen más posibilidades de padecer problemas de desarrollo y corren un mayor peligro de contraer enfermedades o de morir durante los primeros meses de vida.

A pesar de los grandes avances en materia de salud materna en el ámbito mundial, en los países en desarrollo todavía existen muchas mujeres y niñas en situación de pobreza que no acceden a servicios de salud adecuados.

Aun en el entorno cálido del vientre materno, el feto es vulnerable a los efectos de la pobreza, la desigualdad y el peligro medio ambiental. La alimentación de la madre, el aire que respira, su salud en general, incluso su situación emocional tienen profundas consecuencias en el desarrollo del feto. Una madre pobre, desnutrida y agobiada por la ansiedad no puede

ofrecer un entorno acogedor a su hijo todavía no nacido.

Finalmente, debemos señalar que muchos de estos problemas de discapacidad y muerte neonatal pueden ser prevenibles con adecuados programas de educación nutricional, ya que, como es sabido, las mujeres desnutridas, que son las mayoría en nuestro país, son las que mayor morbilidad presentan en la gestación. A esto deben sumarse políticas y protocolos de atención de bajo costo y de alto rendimiento en la atención prenatal, la capacitación del personal de salud en reanimación neonatal, el método canguro, lactancia materna exclusiva y el alta precoz en recién nacidos prematuros, estrategias que vienen siendo usadas universalmente con excelentes resultados (9-10).

Al ser la mortalidad perinatal en nuestro país la primera causa de mortalidad infantil, es conveniente efectuar estudios nacionales, que nos permitan conocer en detalle la etiología y precisar las estrategias de salubridad pública de acuerdo a las necesidades regionales.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ENDES IV, Encuesta demográfica 2001. Lima: INEI; 2001.

2. Sheridan B, Davis R, De La Barra X, y Missair A, Ciudades para la Niñez. UNICEF; 2004.
3. Denegri, J. Muerte Materna y Muerte Perinatal en los Hospitales del Perú. Lima: Ministerio de Salud, Soc. Per. de Obstetricia y Ginecología, OPS; 1988.
4. Oliveros, M. Análisis de la mortalidad perinatal durante dos décadas en el Hospital Nac. Edgardo Rebagliati Martins (1970-1990).
5. Ticona, M. y Col. Mortalidad Perinatal. Estudio Colaborativo Institucional. Hospitales del Sur del Perú; 2000.
6. Oliveros, M; Arias Pachas, J. Mortalidad Perinatal. En: Medicina fetal y del Recién nacido. Lima: M. Oliveros. CONCYTEC; 1998.
7. Boletín Informativo EVA- Departamento de Gineco-Obstetricia. Lima: Hospital María Auxiliadora-Diciembre 2004.
8. Yinger, N.V; Ransom, El. ¿Por qué invertir en la salud de los recién nacidos? Save the children; Julio, 2000.
9. Moss, W. Research priorities for the reduction of perinatal and neonatal morbidity and mortality in developing country communities. J Perinatology 2002.
10. Guzmán Changanáquí, A; Frisancho Arroyo, A. Atención en el primer nivel. Políticas de Salud 2001-2006. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES); 2001.

#### Correspondencia

Elsa Mantilla Portocarrero: emantillap@yahoo.es