

Editorial

¿Está aumentando la mortalidad perinatal en Chile?

Información emanada desde el Ministerio de Salud de Chile a través de la prensa, señala que la mortalidad perinatal en Chile en el período 2002-2010 subió de 8,3/1000 nv en 2002 a 12,6/1000 nv en 2010 (1), proyectando un aumento del indicador de 25% al 2020, según cifras del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) (2).

Las explicaciones dadas por los representantes ministeriales, para esta importante variación, se debería al aumento del embarazo en adolescentes, al retraso de la maternidad a edades maternas mayores, como también por el aumento de la natalidad en mujeres inmigrantes, las que no controlarían su embarazo por temor a su condición de ilegalidad de muchas de ellas. Esto trajo la preocupación de la Sociedad Chilena de Pediatría, que insta al Ministerio de Salud para que tome las medidas preventivas para controlar esta situación de acuerdo a los cambios epidemiológicos, demográficos y sociales del país (3).

La mortalidad perinatal considera las muertes ocurridas entre las 22 semanas de gestación y los 27 días posteriores al nacimiento. Resume el efecto de las diferentes causas de muerte del niño, atribuibles al proceso reproductivo. Es así que las principales causas de mortalidad perinatal son las malformaciones congénitas, la restricción del crecimiento intrauterino, las alteraciones cromosómicas, la prematuridad, la asfisia perinatal, el bajo peso al nacer, la infección perinatal, entre otras. Su magnitud es un reflejo de la calidad del control prenatal, de la atención profesional del parto y del recién nacido, como también de las políticas sanitarias destinadas al cuidado de la salud materna e infantil, de ahí la preocupación ministerial sobre la tendencia ascendente del indicador.

Estadísticamente se considera nacido vivo al producto de la concepción independiente de la duración de la gestación, que manifieste cualquier sig-

no de vida, una vez extraído o expulsado completamente del cuerpo materno, esté o no seccionado el cordón umbilical. De igual forma se considera muerte fetal a la ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción desde el cuerpo materno, independiente de la duración de la gestación.

El principal determinante del peso del recién nacido es la edad gestacional, siendo excepcional la sobrevida con un peso al nacer inferior a 500 gramos o con menos de 22 semanas de edad gestacional. Por su excepción, las estadísticas no se alteran mayormente por la incorporación de niños que sobreviven con peso menor a 500 gramos al nacer, pero si se alteran si estos nacen muertos o mueren posteriormente. Al analizar las estadísticas ministeriales proporcionadas por el DEIS (2), estimo que se habría considerado a los niños nacidos vivos y muertos con peso inferior a 500 gramos, los que han tenido una creciente y significativa notificación, de acuerdo a la actual normativa sanitaria (Tabla I).

Si restamos esos casos (<500 g) a la natalidad, mortalidad fetal y neonatal, proporcionada por los Anuarios de Estadísticas Vitales del Instituto Nacional de Estadísticas, correspondiente al período 2000-2008 (4), observamos que la tasa de mortalidad fetal y neonatal no presentaron cambios significativos en su tendencia, ni en su resultante que es la mortalidad perinatal (Tabla II).

Estos resultados también son preocupantes y coincidentes con la tendencia estacionaria de las muertes maternas a partir del 2000 (5). Hay suficiente información que señala el significativo descenso de la natalidad y del envejecimiento poblacional de la mujer chilena en edad fértil (6), el aumento de los nacimientos en mujeres mayores de 40 años (7), como también el aumento de la natalidad en adolescentes (8), que confiere a la población obstétrica chilena un mayor riesgo materno-perinatal.

Tabla I
TENDENCIA DE LA NATALIDAD, DE LAS MUERTES FETALES, NEONATALES Y PERINATALES
CON PESOS <500 gramos, CHILE 2000-2008.

Año	Nacidos vivos <500 g	Muerte fetal <500 g	Muerte neonatal <500 g	Muerte perinatal <500 g
2000	38	6	37	43
2001	47	31	50	81
2002	41	66	41	107
2003	89	240	87	327
2004	122	425	114	539
2005	126	699	125	824
2006	159	895	158	1053
2007	165	988	163	1151
2008	188	934	181	1115
r	0,978	0,969	0,979	0,973
Valor p<	0,001	0,001	0,001	0,001

r: coeficiente de correlación de Pearson (2 colas). Fuente: Anuarios de Estadísticas Vitales 2000-2008, INE.

Tabla II
TENDENCIA DE LA NATALIDAD, MORTALIDAD FETAL, NEONATAL Y PERINATAL, CON PESOS
≥ 500 gramos, CHILE 2000 - 2008

Año	Nacidos vivos ≥500 g	Muerte fetal ≥500 g	Muerte neonatal ≥500 g	TM fetal ≥500 g	TM neonatal ≥500 g	TM perinatal ≥500 g
2000	252117	1110	1430	4,4	5,7	10,1
2001	248604	1247	1240	5,0	5,0	10,0
2002	240986	1131	1208	4,7	5,1	9,8
2003	236134	1164	1125	4,9	4,8	9,7
2004	232466	1085	1186	4,7	5,2	9,9
2005	231966	1142	1129	4,9	4,9	9,8
2006	232945	1229	1091	5,3	4,7	10,0
2007	241889	1177	1193	4,9	5,0	9,9
2008	248178	1233	1188	5,0	4,8	9,8
r	-0,333	0,361	-0,621	0,602	-0,656	-0,360
Valor p<	0,382*	0,340*	0,074*	0,086*	0,055*	0,342*

r: coeficiente de correlación de Pearson (2 colas). TM: tasa de mortalidad. *: no significativo. Fuente: Anuarios de Estadísticas Vitales 2000-2008, INE.

Actualmente, la población obstétrica chilena es de mayor riesgo de muertes fetales por malformaciones congénitas, alteraciones cromosómicas y restricción de crecimiento intrauterino, como también de muertes neonatales por prematurez y bajo peso al nacer. La mortalidad materna también está influenciada por la mayor edad materna, siendo las enfermedades crónicas pregestacionales la principal causa y estrechamente asociada al embarazo en mujeres de 40 o más años (9). Todo lo anterior

explica que la tendencia de la mortalidad perinatal, al igual que la mortalidad materna (5), estén estacionarias en esta década, por lo que se requieren políticas sanitarias que permitan el cuidado materno y perinatal adecuado a las actuales condiciones epidemiológicas, demográficas, sociales y culturales de Chile.

No se dispone de información científica que señale el mayor riesgo perinatal de las mujeres inmigrantes en Chile, por lo que es necesario que

se realicen estudios que comparen el pronóstico perinatal de la población nacional con la población inmigrante. Publicaciones de países desarrollados señalan el mayor riesgo perinatal de las madres inmigrantes comparadas con la población nacional (10-13).

Dr. Enrique Donoso S.
Editor Jefe.

Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.

REFERENCIAS

1. Sandoval G. Cifras de mortalidad de recién nacidos arrojan sostenido aumento en el país. *La Tercera*, 24 de octubre de 2011.
2. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Hallado en: <http://www.deis.cl/>. Acceso: 27 de octubre de 2011.
3. Moraga F. Mortalidad perinatal. *Cartas al Editor. La Tercera*, 29 de octubre de 2011.
4. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE). *Anuarios de Estadísticas Vitales 2000-2008*.
5. Donoso E. Mortalidad materna en Chile, 2000-2004. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71:246-51.
6. Donoso E, Carvajal J, Domínguez MA. Fecundity reduction and aging in fertile women population in the period 1990-2004 in Chile. *Rev Med Chil*. 2009;137:766-73.
7. Donoso E, Becker J, Villarroel L. Evolución de la natalidad y del riesgo reproductivo en mujeres de 40 o más años en la década de los 90. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002;67:139-42.
8. Donoso E, Becker J, Villarroel L. [Birth rates and reproductive risk in adolescents in Chile, 1990-1999]. *Rev Panam Salud Publica* 2003;14:3-8.
9. Donoso E. [The reduction in maternal mortality in Chile, 1990-2000]. *Rev Panam Salud Publica* 2004;15:326-30.
10. Gould JB, Madan A, Qin C, Chavez G. Perinatal outcomes in two dissimilar immigrant populations in the United States: a dual epidemiologic paradox. *Pediatrics* 2003;111(6 Pt 1):e676-82.
11. Gissler M, Alexander S, MacFarlane A, Small R, Stray-Pedersen B, Zeitlin J, Zimbeck M, Gagnon A. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88:134-48.
12. Cacciani L, Asole S, Polo A, Franco F, Lucchini R, De Curtis M, Di Lallo D, Guasticchi G. Perinatal outcomes among immigrant mothers over two periods in a region of central Italy. *BMC Public Health* 2011;11:294
13. Zanconato G, Iacovella C, Parazzini F, Bergamini V, Franchi M. Pregnancy outcome of migrant women delivering in a public institution in northern Italy. *Gynecol Obstet Invest* 2011;72:157-62.