

Guías Nacionales de Neonatología

2005

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

En las últimas décadas se han producido importantes cambios en el perfil epidemiológico de las principales causas de morbilidad infantil; dichos cambios se han generado por la disminución de la importancia relativa de las enfermedades infecciosas e inmunoprevenibles, la disminución sistemática de la desnutrición infantil y la emergencia como problemas de salud pública de los accidentes, anomalías congénitas, afecciones del período perinatal y enfermedades crónicas, todas las cuales condicionan un deterioro de la calidad de vida del niño que las padece por las secuelas que algunas de ellas dejan y por las limitaciones que producen en el desarrollo biosicosocial armónico al impedir el acceso a una recreación apropiada y a una escolaridad normal.

Estas enfermedades generan una demanda de atención médica de alta complejidad : exámenes y procedimientos diagnósticos, cuidados intensivos, intervenciones quirúrgicas y tratamientos farmacológicos costosos y prolongados, todo lo cual requiere una adecuada disponibilidad de recursos humanos, equipos, insumos y medicamentos que garanticen una atención oportuna y de buena calidad ya que de ello depende la mejor o peor sobrevida de quienes son portadores de estas patologías.

Este grupo de enfermedades debe ser abordado integralmente desde el punto de vista de la prevención como también de su tratamiento y rehabilitación apropiados.

Lo anterior requiere una readecuación del enfoque de la atención pediátrica al perfil epidemiológico actual de morbilidad infantil, así como al contexto político, social y económico actual del país.

Consecuente con lo anterior, el Ministerio de Salud, a partir de 1990, ha venido

realizando esfuerzos sostenidos en la modernización y recuperación del subsector público y en el perfeccionamiento del sector privado, iniciativas que se han estructurado en torno a un eje estratégico denominado reforma del sector salud.

La reforma reconoce como principios rectores la equidad, la descentralización y la participación. Esta comprende un conjunto de complejas iniciativas que se desarrollan dentro de grandes tareas, como son : la rehabilitación de la infraestructura física y su reordenamiento de acuerdo al nuevo modelo de atención; el desarrollo de mecanismos de asignación de recursos financieros más eficientes y equitativos, y el fortalecimiento institucional de las entidades pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

El Ministerio de Salud se ha planteado Objetivos Sanitarios para la década. En relación a la mortalidad infantil la meta para el período 2000-2010 es reducirla en un 25% a nivel nacional, lo que significa alcanzar una tasa al 2010 de 7,5 por 1.000 nacidos vivos.

Diagnóstico de Situación de Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil constituye una de las variables más significativas del estado de salud de la población. En Chile, ésta se ha caracterizado en las últimas décadas por una tendencia sistemática al descenso. En 1950, 136 de cada mil niños fallecían antes de cumplir el primer año de edad, el año 1970 la tasa descendía a 79 por 1.000 nacidos vivos y el 2002 7,8 de cada mil niños fallecían el primer año de vida. Al examinar las razones de esta tendencia, se concluye que el fenómeno es multicausal, relacionándose, por una parte, a las actividades desarrolladas por el sector salud y, por otra, parte a los cambios demográficos y a la influencia de los restantes sectores sociales y económicos.

En lo que se refiere a actividades propias del sector salud, algunos investigadores manifiestan que más de la mitad de la disminución de las muertes infantiles están asociadas a la extensión y cobertura de los Servicios de Salud. Los niños chilenos nacen en maternidades y reciben atención profesional en más del 99% de los casos.

Respecto a la población, ha variado la conducta reproductiva de las mujeres, medida por una reducción de la fecundidad de 4,9 hijos promedio por mujer en 1965 a 2,5 en 2000. Se observa una reducción sostenida de la tasa de natalidad a

partir de 1990, variando en el período 1990-2001 desde una tasa de 23,3 en el año 1990 a una de 16,1 el año 2002. La concentración de nacimientos de orden uno y dos es casi del 70% y se constata acumulación de la fecundidad en mujeres jóvenes (60% de los nacidos vivos provienen de mujeres entre los 20 y 29 años). Estos hechos estarían determinando mayor proporción de nacimientos de hijos deseados, quienes probablemente recibirían mejor atención y cuidado materno, lo que haría disminuir su riesgo de muerte.

Pese a los logros obtenidos, el análisis de las tasas a nivel nacional refleja que existen marcadas diferencias a lo largo del territorio, observándose que la mortalidad infantil se aleja considerablemente del promedio nacional en las comunas de bajo nivel de vida.

Respecto a las principales causas de mortalidad infantil, se observa una variación importante del perfil epidemiológico en los últimos 20 años, producto de la gran disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas y las de causa respiratoria, . Las afecciones del periodo perinatal, en tanto, han experimentado también un fuerte descenso en ese mismo lapso. Como consecuencia de lo anterior han aumentado su importancia relativa las anomalías congénitas, las que son responsables del 30% de las defunciones de menores de un año.

La disminución de la mortalidad infantil ha sido en mayor medida a expensas de la mortalidad infantil tardía, lo que determina un mayor peso actual del componente mortalidad neonatal que es responsable del 60% del total de defunciones de menores de un año. Del total de muertes de menores de 28 días, alrededor de un 75% corresponde a la primera semana de vida.

Las cinco primeras causas específicas de muerte del menor de un año son : prematuridad extrema, malformaciones congénitas del corazón, neumonía, síndrome de muerte súbita y malformaciones congénitas del sistema nervioso, las que en conjunto representan el 48% de todas las defunciones de este grupo de edad.

Alrededor de un 5,2% de los recién nacidos pesan menos de 2,500 g y un 16,5% tienen peso insuficiente (entre 2.500 y 2.999 gramos). Estas cifras se han mantenido relativamente estables en los últimos años y son menores a las observadas en otros países en vías de desarrollo. Es importante destacar que los recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento (menos de 1.500 gramos al nacer), representan el 0,9% del

total de nacimientos y contribuyen con un tercio de la mortalidad infantil .

La sobrevida global del grupo menor de 1.500 g al nacer es de un 69% en Chile y ésta varía en forma importante al desagregarla por tramos de peso, fluctuando entre un 8 % entre los 500-599 gramos y un 90% entre los 1.250-1.500 gramos. Comparado con estudios de sobrevida en países desarrollados (Canadá), existe una brecha importante y que constituye un desafío desde el punto de vista de las políticas públicas en esta área.

Los objetivos sanitarios respecto a este grupo son:

- **disminuir la morbimortalidad neonatal.**
- **contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños que egresan de unidades de cuidado intensivo neonatal .**
- **mejorar la calidad de la atención neonatal.**

Las principales acciones desarrolladas en los últimos diez años son:

- **Equipamiento Unidades Neonatología,**
- **Regionalización de la atención neonatal,**
- **Implementación de residencias neonatales,**
- **Plan de capacitación continua a nivel nacional,**
- **Programa Nacional de Uso de Surfactante**
- **Implementación de policlínicos de seguimiento de prematuros,**
- **Programa Nacional de Uso de Indometacina,**

Respecto a las anomalías congénitas son responsables de un 31% de las defunciones de menores de un año, constituyen la segunda causa de mortalidad infantil con una tasa de 2,6 por mil N.V., la que se ha mantenido relativamente estable en los últimos 10 años. En el grupo de 1 a 4 años son la segunda causa de muerte contribuyendo con alrededor del 16% de todas las muertes.

En el menor de un año, alrededor del 55% de las defunciones vinculadas a este grupo de causas corresponden a cardiopatías congénitas, anomalías del sistema nervioso y malformaciones del sistema osteomuscular. Una proporción importante de estas anomalías son incompatibles con la vida, fundamentalmente las relacionadas con el sistema nervioso.

Las cardiopatías son las más susceptibles de corrección con el conocimiento y tecnología actualmente disponibles. Ellas representan alrededor de un tercio de todas las anomalías congénitas y dejadas a su evolución espontánea tienen una mortalidad superior al 60% en el primer año de vida, concentrándose especialmente en los primeros tres meses, por lo que el diagnóstico debe ser precoz y la derivación a un centro especializado oportuno y en condiciones adecuadas.

El objetivo planteado respecto de los niños portadores de anomalías congénitas es disminuir la mortalidad asociada a algunas e ellas, mejorar la calidad de vida a éstos y prevenir la ocurrencia de algunas anomalías (defectos de cierre del tubo neural) . Las acciones más importantes desarrolladas en los últimos años son:

- **Mejoramiento de la capacidad resolutive de los centros de referencia nacional para el tratamiento de cardiopatías congénitas.**
- **Fortificación de la harina con ácido fólico .**
- **Avances hacia la implementación de registro nacional de malformaciones congénitas (aún en etapa de proyecto) .**
- **Programa de tratamiento Integral de niños fisurados .**
- **Tratamiento quirúrgico de disrafias abiertas y cerradas.**

DESAFÍOS

- **Mantener el descenso de la mortalidad infantil.**
- **Contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños y niñas.**
- **Disminuir las brechas de equidad en el acceso a la atención de salud.**
- **Disminuir las brechas de sobrevida observadas en los prematuros menores de 1.500 gramos tanto entre los distintos centros a nivel nacional como en lo descrito en los países desarrollados.**
- **A los pediatras y médicos que atienden niños, así como a todo el equipo de salud, les corresponde un rol activo en las iniciativas de promoción de la salud, con especial énfasis en la promoción del desarrollo infantil temprano: apego, lactancia, estimulación temprana, promoción del buen trato, detección precoz de niños y familias en riesgo de daño de su salud mental. Promoción de hábitos y conductas relacionadas con alimentación, medio ambiente y actividad física.**
- **Énfasis en atención oportuna y de calidad a grupos de riesgo: prematuros,**

portadores de anomalías congénitas y enfermedades crónicas.

Los desafíos son complejos, tanto por los variados factores que influyen en la salud infantil (culturales, socioeconómicos, demográficos, atención de salud) como por la dinámica y los cambios que se aprecian en una interacción múltiple y que hacen que las soluciones de hoy no sean necesariamente las mejores del mañana, obligando a una revisión sistemática y continua de los objetivos y metas a cumplir y de los programas y actividades a desarrollar para conseguir dichos objetivos.

Queda, sin duda, mucho por hacer para mejorar la salud de los niños, ya que persisten aún en las comunas más pobres tasas elevadas de morbilidad y de mortalidad infantil, las que más que quintuplican las de aquéllas más ricas. Existen todavía grupos de población marginados expuestos a mayores riesgos y que demandan mayor atención para solucionar sus problemas.

Por otra parte, a pesar de su utilidad como indicador social y de salud de las poblaciones, las cifras de mortalidad infantil por sí solas no dan una idea cabal del número cada vez más grande de niños sobrevivientes con enfermedades crónicas o incapacitantes. La integración de estos niños en las estructuras existentes y la consideración de todos los factores que influyen o repercuten sobre su salud, permitirá que se logre su crecimiento físico y su desarrollo mental en un medio social que responda efectivamente a sus necesidades.

Contribuir a mejorar la salud de los niños de Chile, significa además contribuir a la construcción de una sociedad más justa y asegurar un mejor futuro para ellos y sus familias .