



Objetivos Sanitarios Nacionales 2030

Caracterización de problemas críticos priorizados

Prematurez y bajo peso al nacer

Introducción

La prematuridad es el resultado de una compleja red de determinantes que interactúan. Para prevenirla no son suficientes las medidas de salud, se deben elaborar políticas y planes de acción integral que disminuyan las desigualdades en salud que puedan existir entre las mujeres, neonatos y diferentes subgrupos dentro de estos.

Se deben realizar intervenciones dirigidas a las mujeres en edad reproductiva atendiendo sus necesidades en salud sexual y reproductiva incluyendo educación sexual, uso de métodos anticonceptivos, prevención de embarazos en la adolescencia temprana, prevención de embarazos no intencionales, atención prenatal de calidad, cumplimiento del enfoque de riesgo para las gestantes e inclusión de personal calificado en la atención del parto.

La prevención y tratamiento de la prematuridad es una de las estrategias más importantes para reducir la mortalidad neonatal y por tanto la mortalidad infantil, debiendo tener en cuenta la importancia que tiene que el nacimiento se realice en una maternidad con los recursos humanos calificados y los recursos materiales necesarios, siendo imprescindible en caso de traslado que sea realizado por personal que por sus competencias pueda brindarle a ese neonato la mejor calidad de asistencia.

Los niños con historia de prematuridad y muy bajo peso al nacer tienen mayor riesgo de padecer problemas de salud durante sus primeros años de vida. La repercusión en la edad escolar, adolescencia o adultez de estos problemas es variable, y sólo existen datos parciales a nivel nacional acerca del seguimiento del crecimiento y desarrollo de esa población de riesgo. Desde el punto de vista de su desarrollo temprano tienen alto riesgo, con respecto de la población infantil en general, de diagnóstico de discapacidades mayores (Parálisis Cerebral, retardo mental, ceguera y/o sordera).

Causas de prematuridad

Las causas se dividen en maternas, placentarias y fetales. Maternas: estado hipertensivo del embarazo, diabetes mellitus, síndrome anti-fosfolipídico, insuficiencia cérvico-istmica. Infecciosas: coriamnionitis, Sífilis. Placentarias: patologías placentarias anómalas. Fetales: genéticas y no genéticas. Es necesario tener presente que la prematuridad tiene un componente “evitable” y otro componente “no evitable” (causas genéticas).

Causas evitables:

Aquellas que dependen de un adecuado control del embarazo en cantidad y calidad detectando factores de riesgo, factores derivados de la propia asistencia del parto, y la categorización del riesgo para que el parto se produzca en el lugar adecuado (asistencia y traslado de calidad) .

Causas no evitables:

- a) Por conocimiento actual de la medicina: para muchas causas genéticas influyen otros factores y que no dependen de la calidad del control de la gestación.
- b) Causas de prematuridad por decisión obstétrica, frente a alto riesgo vital del feto en útero que están aumentando la tasa de prematuridad, disminuyendo la mortalidad fetal. Estos cambios se han dado gracias a avances en la perinatología, y estudios de salud fetal en útero, en fetos



moderados prematuros y severos en límites de viabilidad (fetos que hace algunos años hubieran fallecido en útero). Hoy se ha trasladado ese componente de la mortalidad fetal en los límites de la viabilidad y al componente neonatal precoz.

De acuerdo con datos nacionales ⁽¹⁾ se observó que en el periodo 2011-2014 entre 20-33 % de los recién nacidos con Cardiopatía Congénita (CC), Síndrome de Down (SD) y Defectos de Tubo Neural (DTN), nacieron antes de completar su edad gestacional. Por tanto, el parto prematuro fue una característica común, duplicando la frecuencia de la población general (9,1 %) en el caso de las CC o triplicándola en el caso de SD y NTD. Este hecho agrega mayor morbimortalidad a las propias patologías. En el mismo estudio se demostró también que la frecuencia del bajo peso al nacer (<2500 g) fue el doble en el grupo con CC, el triple en el grupo con DTN y cuatro veces más en los recién nacidos con SD en comparación con la población general (7,9 %).

La adolescencia es un grupo vulnerable para el parto de pretérmino además de otros riesgos reproductivos como el **bajo peso al nacer y mal control prenatal**, además de las malformaciones congénitas.

Las características sociodemográficas de Uruguay han cambiado. A 2022 Uruguay cuenta con una población de inmigrantes de casi 95.000 personas. El perfil de este grupo poblacional es muy variable, sobre todo considerando que existen por lo menos 60 procedencias diferentes. Independientemente de ello se trata de una población económicamente activa y joven. Por este motivo es que se podrían modificar de alguna forma los patrones demográficos de nuestro país a más a largo plazo. Es en ese contexto que importa mucho caracterizar específicamente la población de los recién nacidos hijos de madres inmigrantes para determinar semejanzas o diferencias en relación con nuestra población nativa.

Respecto de la evaluación de OSN por problema crítico priorizado realizada en 2019 las metas establecidas al 2020 fueron:

- realizar la auditoría del 100 % de los recién nacidos prematuros,
- consolidar el descenso de la mortalidad infantil.

La mortalidad infantil y sus componentes muestran una tendencia descendente. Se consideró para la definición del problema una línea de base de 7,8/1.000NV (valor del indicador para 2014), llegando a 2018 con cifras de 6,7/1.000NV y para el 2021 6,2 /1000 NV

Tabla 1. Evolución de la mortalidad infantil. Período 2015-2020.

Año	Nacimientos_Uru	Fallecidos_Uru	TMI	Neo Precoz	Neo Tardía	Post Neo
2015	48.926	367	7,50	170	72	125
2016	47.058	376	7,99	184	68	124
2017	43.036	280	6,51	128	59	93
2018	40.139	269	6,70	132	54	87
2019	37.472	256	6,83	112	56	88
2020	35.866	222	6,18	114	39	69



Fuente: Estadísticas vitales, División Epidemiología. MSP, 2021.

Respecto de la evolución de los nacimientos, el número de prematuros y el número de bajo peso al nacer, se detalla en la Tabla 2.

Tabla 2. Evolución de la prematuridad. Período 2015-2020. Uruguay

Año	Nacimientos	Nº de RN prematuros	% de prematuridad	Nº de RN con BPN	% de BPN
2015	48.926	4.459	9,11	3.748	7,66
2016	47.058	4.309	9,16	3.651	7,76
2017	43.036	4.068	9,45	3.486	8,10
2018	40.139	3.680	9,17	3.055	7,61
2019	37.472	3.597	9,6	2.997	8,0
2020	35.874	3.372	9,4	2.798	7,8

Fuente: Estadísticas vitales, División Epidemiología. MSP, 2021.

Tabla 3. Mortalidad infantil según principales causas. Período 2016-2020. Uruguay

Grandes grupos CIE 10	2016		2017		2018		2019		2020	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	162	43	119	43	124	46,1	117	45,7	110	49,5
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	128	34	91	33	91	33,8	68	26	69	31
Síntomas, signos y hallazgos, no clasificados en otra parte.	39	10	42	15	22	8,2	28	10,9	21	9,45
Resto de las causas	47	13	28	10	32	11,9	43	16,7	22	9,9
Total	376	100	280	100	269	100	256	100	222	100

Fuente: Estadísticas vitales, División Epidemiología. MSP, 2021.

Las tres primeras causas representan casi el 90 % del total de defunciones en el 2020, y son las originadas en el período perinatal (principalmente los trastornos relacionados con la prematuridad),



las malformaciones congénitas y los síntomas, signos y hallazgos no clasificados en otra parte (Tabla 3).

Las principales acciones frente a este problema fueron:

- Elaboración de un formulario para auditoría de los nacimientos prematuros.
- Guía de procedimientos para reducir las infecciones de transmisión sexual en la etapa connatal (Ordenanza del Ministerio de Salud N° 447/12).⁽²⁾
- Fomentar el acompañamiento de la mujer por su pareja al menos una vez en el 1.^{er} y 3.^{er} trimestre.
- Estrategias intersectoriales en territorio para la captación temprana de embarazos, fundamentalmente a través de las acciones de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), optimizando el trabajo con el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), Centro de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF), Ministerio de Educación y Cultura (MEC), intendencias departamentales, programas Jóvenes en Red y Uruguay Crece Contigo (UCC) y mesas interinstitucionales.

Los comités de auditoría de fallecidos menores de 15 años dejaron de funcionar en 2019. Actualmente se están teniendo reuniones con las direcciones departamentales de Salud (DDS) del MSP para su reactivación, sobre todo pensando en políticas de salud para las diferentes causas prevenibles, evitables o no.

Este es un punto preocupante, particularmente en lo que hace a las causas de mortalidad mal definidas y desconocidas (R95–R99). Ello significa que al reactivar los Comités de Mortalidad con un funcionamiento adecuado podríamos sin duda bajar esa cifra, que es un deber para la Salud Pública. Lo clave en este sentido es articular de forma adecuada la información producida por los comités que impacte en los datos de Estadísticas Vitales, y de esta forma modificar esta alta proporción.

Tomando como base la guía de procedimientos para reducir las infecciones de transmisión sexual en la etapa connatal,⁽³⁾ se podría profundizar con el desarrollo de guías para la prevención de infecciones congénitas con potencial efecto teratogénico, ya que se considera una causa importante y prevalente. A modo de ejemplo, la infección por citomegalovirus durante la gestación es la causa de sordera congénita más frecuente en recién nacidos.

Como se mencionó previamente, es necesario caracterizar la población de recién nacidos de madres migrantes, y los óbitos fetales, así como fortalecer el sistema de vigilancia de anomalías congénitas en Uruguay tomando como punto de partida el Registro Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras,⁽⁴⁾ que este año cumple 10 años de existencia. En ese sentido,



es también necesario fortalecer y monitorear los resultados del Programa de Pesquisa Neonatal y del Lactante en función de la legislación más reciente (decretos 325/013 y 30/2018).^{(5) (6)}

Referencias bibliográficas

1. Larrandaburu, M., Vianna F., L.S, Griot, Karina, Queijo, Cecilia, Monzón, Gabriela, Ugarte, Cecilia, Nacul, Luis, Schuler-Faccini, Lavinia, & Sanseverino, Maria Teresa V. (2019). Rare Diseases in Uruguay: Focus on Infants with Abnormal Newborn Screening. *Journal of Inborn Errors of Metabolism and Screening*, 7, e20190002. Epub July 15, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/2326-4594-jiems-2019-0002>
2. Ministerio de Salud Pública. (2012, agosto 14). Ordenanza n.º 447: Control de embarazo e infecciones de transmisión sexual. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-447012-control-embarazo-infecciones-transmision-sexual>
3. Ministerio de Salud Pública. Guía de procedimiento para reducir las infecciones de transmisión sexual en la etapa connatal y optimizar el control del embarazo (Ordenanza Ministerial No 447/012, de 14 de agosto del 2012). Montevideo, Uruguay: MSP; 2012.
4. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud. Registro Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (RND CER). Montevideo, Uruguay. Disponible en <https://www.gub.uy/tramites/registro-nacional-defectos-congenitos-enfermedades-raras-rndcer>
5. Uruguay. INCORPORACIÓN AL PROGRAMA NACIONAL DE PESQUISA NEONATAL Y DEL LACTANTE. DEFICIENCIA DE ACIL-COA -DEHIDROGENASA DE CADENA MEDIA (MCADD). [Internet]. Montevideo, Uruguay; Decreto n.º 325, Oct 14, 2013. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/325-2013/1>
6. Uruguay. INCORPORACIÓN AL PROGRAMA NACIONAL DE PESQUISA NEONATAL Y DEL LACTANTE. CARDIOPATÍA CONGÉNITA MEDIANTE OXIMETRÍA DE PULSO. [Internet]. Montevideo, Uruguay, Decreto n.º 30, Feb 6, 2018. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/30-2018>