

4. NACIMIENTO PREMATURO Y BAJO PESO AL NACER

A nivel mundial, el parto prematuro (es decir, el nacimiento antes de las 37 semanas completas de gestación) es la principal causa de muerte en menores de 5 años, responsable de aproximadamente 1 millón de fallecimientos en el año 2015 (véase el indicador "Mortalidad de menores de 5 años" en el Capítulo 3). En casi todos los países con datos fiables, las tasas de nacimientos prematuros van en aumento. Muchos supervivientes de nacimientos prematuros también se enfrentan a toda una vida de discapacidades, entre ellas dificultades de aprendizaje, visuales, auditivos, así como de desarrollo a largo plazo (OMS, 2018[4]).

En la región de LAC, la mayoría de los países se acercan al promedio regional de 9,5% de nacimientos prematuros. Colombia es el único país significativamente por encima de la media, con cerca del 15% de nacimientos prematuros, seguido de Brasil con el 11%. Las tasas más bajas se observaron en Cuba (6%) y México (7%) (Figura 4.3, panel izquierdo). La mayoría de las tasas de los países de LAC son más bajas que la tasa mundial, pero hay oportunidades de mejora a través de intervenciones como el enfoque nacional en la mejora de la atención obstétrica y neonatal y el establecimiento sistemático de un sistema de referencias con una mayor capacidad de las unidades de atención neonatal, así como del personal y el equipo (Howson, Kinney and Lawn, 2012[5]). En promedio, 10 de cada 100 recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer en todos los países de LAC (Figura 4.3, panel derecho). Existen diferencias muy significativas entre los países de la región, que van desde un bajo 5% en Cuba y un 6% en Chile, hasta la tasa más alta del 23% en Haití, seguido de Guyana con un 16%.

El bajo peso al nacer ha disminuido en promedio 0,4 puntos porcentuales en 26 países de LAC en el período 2000-15, lo que sugiere que, en general, la región aún tiene un trecho que mejorar en lo que respecta a este indicador. Chile, Brasil, Venezuela y Costa Rica son los únicos países de LAC que han aumentado el número de recién nacidos con bajo peso al nacer, mientras que la mayor disminución se produjo en Surinam, Guatemala y Honduras, con más de un punto porcentual de disminución entre 2000 y 2015 (Figura 4.4).

La atención prenatal puede ayudar a las mujeres a prepararse para el parto y a comprender las señales de advertencia durante el embarazo y el parto. Una mayor cobertura de la atención prenatal se asocia con un mayor peso al nacer en los países de LAC, lo que sugiere la importancia que tiene la atención prenatal sobre el estado de salud infantil en todos los países (Figura 4.5). Sin embargo, esta correlación no se aplica por igual en todos los países. Por ejemplo, tanto Barbados como Trinidad y Tobago reportan tener el 100% y el 98% de por lo menos cuatro visitas de atención prenatal, pero su prevalencia de bajo peso al nacer es del 12%, una cifra superior al promedio de LAC del 10%. Esto podría explicarse en parte por la baja calidad de la atención prenatal. Por otro lado, países como Granada, Paraguay y Bolivia muestran una cobertura de atención prenatal inferior al promedio de LAC24 (87%), pero también una prevalencia de bajo peso al nacer del 7-9%. Algunas de las diferencias entre los países pueden atribuirse a prácticas y preferencias culturales, como los diferentes enfoques respecto a la privacidad o las percepciones sobre lo que implica la atención prenatal y postnatal.

El nacimiento prematuro se puede prevenir en gran medida. Entre las intervenciones efectivas para reducir los nacimientos prematuros están los programas para dejar de fumar, la administración de suplementos de progesterona, el cerclaje cervical, los consultorios de vigilancia y exámenes de partos prematuros, el diagnóstico y la preparación, los corticosteroides, el sulfato de magnesio y la tocólisis (Osman, Manikam and Watters, 2018[6]). La mayoría de ellos existen en varios países de LAC y podrían desarrollarse aún más. Además, las tres cuartas partes de las muertes asociadas con el nacimiento prematuro pueden evitarse aún sin instalaciones de cuidados intensivos. Hoy en día, las intervenciones más ventajosas en términos económicos son el método madre-canguro (contacto continuo piel con piel iniciado desde el primer

minuto del nacimiento), inicio temprano y lactancia materna exclusiva (desde la primera hora del vida) y la atención básica de infecciones y dificultades respiratorias (OMS, 2018[4]) que también pueden ampliarse en los países de LAC.

Definición y comparabilidad

El nacimiento prematuro se define como los bebés que nacen vivos antes de que se completen las 37 semanas de embarazo. Existen subcategorías de nacimiento prematuro según la edad gestacional: extremadamente prematuro (menos de 28 semanas); muy prematuro (28-32 semanas) y pretérmino moderado a prematuro tardío (32-37 semanas). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define «bajo peso al nacer» como un peso al nacer inferior a 2500 gramos. (5,5 libras), independientemente de la edad gestacional del bebé. Esta cifra se basa en las observaciones epidemiológicas relativas al aumento del riesgo de muerte del bebé y sirve para las estadísticas sanitarias comparativas internacionales. En los países desarrollados, las principales fuentes de información son los registros nacionales de nacimiento. En el caso de los países en desarrollo, las estimaciones sobre el bajo peso al nacer se derivan principalmente de las madres que participan en las encuestas nacionales de hogares, así como de los sistemas de información habituales (OMS y UNICEF, 2004[7]).

La atención prenatal se define como la atención que prestan los profesionales de la salud cualificados a mujeres y adolescentes embarazadas con el fin de garantizar las mejores condiciones de salud tanto para la madre como para el bebé durante el embarazo. La recomendación es realizar al menos cuatro visitas durante el embarazo (OMS, 2016[8]).

Referencias

- [5] Howson, C., M. Kinney and J. Lawn (eds.) (2012), *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*, Organización Mundial de Salud, https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/.
- [8] OMS (2016), *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*, Organización Mundial de Salud, https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/.
- [4] OMS (2018), *Nacimientos prematuros*, Organización Mundial de Salud, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
- [7] OMS y UNICEF (2004), *Low birthweight : country, regional and global estimates*, Organización Mundial de Salud, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43184>.
- [6] Osman, R., L. Manikam and K. Watters (2018), "Interventions to reduce premature births: a review of the evidence", *The Lancet*, Vol. 392, p. S69, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32188-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32188-3).

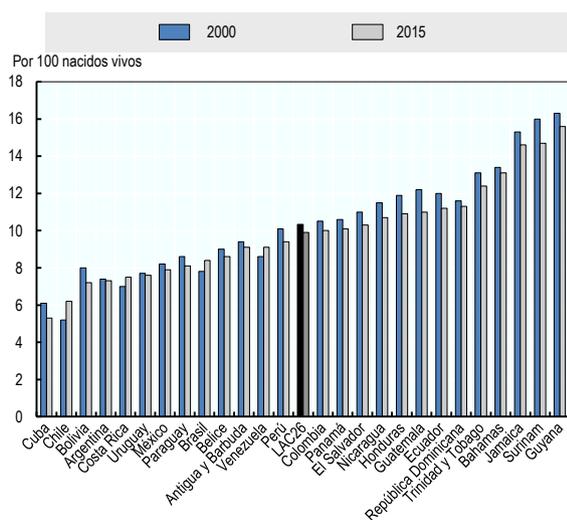
Figura 4.3. Tasas de nacimientos prematuros y de bebés con bajo peso al nacer, 2015 (o el último año disponible)



Fuente: UNICEF, 2019.

StatLink <https://stat.link/in6eub>

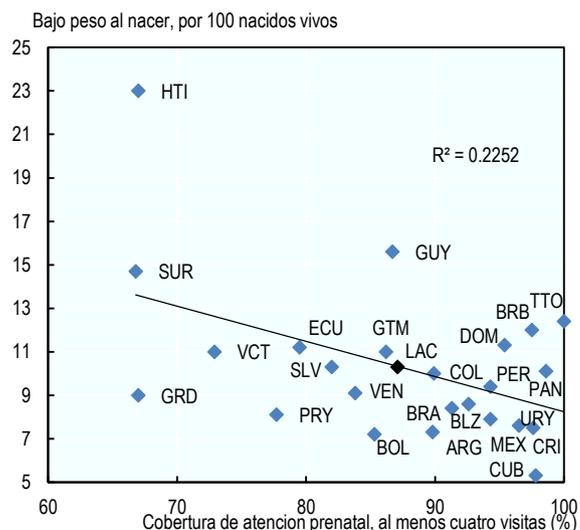
Figura 4.4. Aumento o disminución del bajo peso al nacer, 2000-15 (o el año más cercano)



Fuente: UNICEF-OMS Estimaciones de bajo peso al nacer, 2019.

StatLink <https://stat.link/sixzuf>

Figura 4.5. Cobertura de atención prenatal y bajo peso al nacer, 2016 (o último año disponible)



Fuente: OMS GHO 2018.

StatLink <https://stat.link/v68xq3>



From:
Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020

Access the complete publication at:

<https://doi.org/10.1787/6089164f-en>

Please cite this chapter as:

OECD/The World Bank (2020), “Nacimiento prematuro y bajo peso al nacer”, in *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/682391cc-es>

El presente trabajo se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en el mismo no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de los países miembros de la OCDE.

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. Extracts from publications may be subject to additional disclaimers, which are set out in the complete version of the publication, available at the link provided.

The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <http://www.oecd.org/termsandconditions>.