

## Editorial

# CHILE NECESITA ESPECIALISTAS EN MEDICINA MATERNO FETAL

---

Chile ha alcanzado niveles de alta excelencia en el cuidado materno y perinatal, que nos llenan de orgullo. En forma sostenida ha venido mostrando reducciones en las cifras de mortalidad materna y perinatales, comparables a países que muestran niveles de desarrollo bastante más avanzados que el nuestro, e ingresos per cápita varias veces superiores.

Para ello el país ha sabido trabajar en forma organizada y sistemática a través de los años, involucrando el esfuerzo de muchas personas en los distintos niveles de la atención de salud. Se destacan varios hitos que han permitido estos logros:

*Amplia cobertura de control prenatal y atención profesional parto.* Estas dos intervenciones, probablemente, son las que producen las caídas más marcadas en las tasas de mortalidad cuando se tienen niveles basales elevados. El hecho de controlar el embarazo, detectar factores de riesgo de complicaciones maternas y perinatales, tratar precozmente la patología, y atender el parto dentro de las instituciones de salud, ha producido cambios significativos. Las complicaciones hemorrágicas e infecciosas, principales causas de mortalidad materna en países subdesarrollados, ciertamente son manejadas de mejor forma en una situación intrahospitalaria. Chile presenta más del 99% de parto institucionalizado, comparado con países que sólo logran que la mitad de sus embarazadas controlen y asistan a una maternidad para tener su parto.

*Normas nacionales de atención perinatal y control prenatal según complejidad.* Esto permite homogeneizar las conductas frente a las principales patologías obstétricas a lo largo del país, y concentrar el alto riesgo obstétrico en centros de nivel terciario. Esto impacta positivamente en la salud de la madre, del feto y recién nacido.

*Corticoides en la amenaza de parto prematuro:* De amplia disponibilidad en las maternidades de nuestro país, que sumado a la disponibilidad de surfactante artificial en las unidades de Neonatología, junto al alto nivel de capacitación de los profesionales

en dichas Unidades, ha permitido una importante reducción de la mortalidad perinatal.

*Suplementación con ácido fólico:* Chile ha dado un ejemplo de organización frente a los avances científicos disponibles. Ha sido uno de los primeros países en el mundo que ha tomado como conducta poblacional la suplementación de las harinas con ácido fólico, con el fin de reducir malformaciones del sistema nervioso central. Datos disponibles en la actualidad muestran que ha sido una intervención exitosa, reduciendo malformaciones congénitas incompatible con la vida extrauterina.

La tarea de seguir mejorando, ahora que estamos llegando a límites muy bajos de las principales complicaciones, se hace más difícil, y requiere que junto con mantener las estrategias antes mencionadas, demos un nuevo enfoque a la medicina materno-fetal de las próximas décadas.

El perfil epidemiológico de nuestras embarazadas ha cambiado. La tasa de natalidad entre 1990 y 2004 fue descendiendo progresivamente, con una baja de 21% en ese período. En los años 2005 y 2006 la natalidad mostró un leve aumento, que ha modificado la tendencia, pero a expensas de los grupos de mayor riesgo materno/perinatal (adolescentes y mayores de 40 años). Por ello no es de extrañar que las principales causas de muerte materna sean las enfermedades que complican el embarazo (más frecuentes después de los 40 años) y la hipertensión del embarazo (más frecuente en ambos grupo etarios extremos).

Este cambio epidemiológico muy probablemente impedirá lograr el objetivo del milenio, que suscribió nuestro país, de reducir la mortalidad materna bajo 10/100.000 nv. Estamos estancados en cifras entre 17 y 18/100.000 nv. La mortalidad materna tiene consecuencias devastadoras en aspectos sociales, económicos y familiares, por lo que es nuestro deber reducirla.

Si queremos mantener y mejorar, los bajos índices, debemos reflexionar en relación a nuevas estrategias que lo hagan posible. Existe una relación

significativa e inversa entre el número de subespecialistas en medicina materno-fetal para una población determinada y la tasa de mortalidad materna. Según muestra un estudio de la Universidad de Carolina del Sur, Estados Unidos de Norteamérica, que con tasa nacional bajo 10/100.000 nv, existen estados con tasas bajo 3/100.000 nv, en que una de las variables aisladas para lograrlo es la mayor densidad de médicos subespecialistas en medicina materno-fetal.

Debemos generar un número de médicos gineco-obstetras, subespecialistas en medicina materno-fetal, que se distribuyan en los centros terciarios a lo largo del país, y que tengan una fuerte formación en temas de medicina interna, principalmente orientado a las enfermedades que complican a la gestación (hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus pregestacional, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal, trombofilias, cardiopatías, etc). El manejo prenatal agresivo de condiciones como cardiopatías, hipertensión crónica, preeclampsia, embarazo múltiple y diabetes pregestacional impacta en la reducción de la mortalidad materna.

Deben, además, ser expertos en la vigilancia del "ambiente intrauterino", capaces de evaluar los distintos factores que permitan decidir el momento óptimo de interrupción de embarazos en situaciones limítrofes de prematuridad y de hipoxia intrauterina. Las mismas situaciones responsables de la mortalidad materna se asocian a importante morbimortalidad fetal y neonatal. Un experto capaz de manejar estas condiciones podrá impactar, además, en el pronóstico perinatal.

Es rol de las Universidades formar un subespecialista que sea capaz de desenvolverse y liderar los centros terciarios que controlan a las embarazadas de alto riesgo, capaz de crear equipos multidisciplinarios y generar investigación de primer nivel, como también incorporarse a redes internacionales de trabajo en conjunto con los centros más importantes del mundo, con el fin de intercambiar experiencias y conocimientos, frente a esta nueva situación epidemiológica: menos embarazadas, pero que concentran mayor riesgo materno/perinatal.

La Universidad de Chile ya ha iniciado este proceso, formando profesionales que se han distribuido en diversos centros terciarios. A partir de 2010

la Pontificia Universidad Católica de Chile se suma a este esfuerzo-país, iniciando un programa de formación de subespecialistas en medicina materno-fetal, con un fuerte enfoque en la capacitación del médico en el manejo de las patologías maternas ya mencionadas. En la formación y liderazgo de equipos multidisciplinarios, que sean capaces de abarcar las múltiples facetas que dichas condiciones conllevan. Expertos en diagnóstico y manejo antenatal de las condiciones intrauterinas adversas y con un profundo respeto por la condición de persona del niño que está por nacer.

Esperamos que este aporte de la Universidad Católica permita al país seguir avanzando en las metas propuestas y que se traduzca en forma concreta en mejorar la salud de nuestras embarazadas y de sus hijos.

Dr. Fernando Abarzúa C.  
Jefe Unidad Medicina Materno Fetal.  
Departamento de Obstetricia y Ginecología.  
Facultad de Medicina.  
Pontificia Universidad Católica de Chile

## REFERENCIAS

1. Sullivan SA, Hill EG, Newman RB, Menard MK. Maternal-fetal medicine specialist density is inversely associated with maternal mortality ratios. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1083-8.
2. Donoso E. ¿De qué mueren las madres chilenas en el siglo XXI? Cambio del perfil epidemiológico (Editorial). *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009;74:207-8.
3. Instituto Nacional de Estadísticas, Ministerio de Salud. Estadísticas vitales, 2006.
4. Donoso E. Mortalidad materna en Chile, 2000-2004. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71:246-51.
5. Nazer HJ. Efecto de la fortificación de la harina con ácido fólico sobre la evolución de las tasas de prevalencia al nacimiento de malformaciones congénitas en los hospitales chilenos del ECLAMC. *Rev Méd Chil* 2007;135:198-204.
6. Donoso E, Carvajal J. Maternal, perinatal, and infant outcome of spontaneous pregnancy in the sixth decade of life. *Maturitas* 2008; 59: 381-6.
7. González R, Merialdi M, Lincetto O, Lauer J, Becerra C, Castro R, García P, Saugstad OD, Villar J. Reduction in neonatal mortality in Chile between 1990 and 2000. *Pediatrics* 2006;117:e949-54.