

Subregistro de muertes fetales y neonatales en registros civiles con respecto a 11 Hospitales de Lima y Callao año 2003

Dra. Luisa Sacieta Carbajo, Dra. Nora de las Mercedes Espiritu Salazar, Dra. Lilian Rosana Pantoja Sánchez, Dra. Maria Julia Pajares Bocanegra, Dra. Makell Adelma Atachagua Sánchez
Departamento de Pediatría-Clínica San Pablo Sede Norte
Primer puesto Congreso de Trujillo 2004

RESUMEN

Introducción y Objetivo: Conocer la magnitud de la mortalidad fetal y neonatal requiere datos confiables para formular políticas y estrategias adecuadas. Con este propósito se evalúa el registro de muertes fetales y neonatales en Registros Civiles correspondientes a 11 Hospitales de Lima y Callao.

Material y Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo. Se utiliza ficha para recolección de datos (validada), y formato para el cotejo.

Resultados: Se encuentra subregistro de muertes fetales (MF) de 9% (Municipalidad de Pueblo Libre - Hospital Santa Rosa), hasta 100% (Municipalidad San Martín de Porres - Hospital Cayetano Heredia). El subregistro de muertes neonatales precoces (MNP) oscila entre 22.6% (Municipalidad de Comas - Hospital Sergio Bernales) y 89.15% (Municipalidad San Martín de Porres - Hospital Cayetano Heredia), para mortalidad neonatal tardía (MNT) es 27.27% (Municipalidad de Pueblo Libre - Hospital Santa Rosa) y 66.6% (Municipalidad San Martín de Porres - Hospital Cayetano Heredia).

El H. San José registra mortalidad neonatal (MN) sin diferenciar componentes. La Municipalidad Carmen de la Legua - H. San José, subregistra 25% de MN.

Se encuentra mayor registro de MF y MN en la Municipalidad de Lima Metropolitana respecto al Hospital San Bartolomé (MF 11.11%, MNP 17.5%, MNT 10%), en la Municipalidad de El Agustino respecto al H. Hipólito Unanue (MF 10.7%, MNP 66.6%, MNT 115 %), y en la Municipalidad de Comas en relación al H. Sergio Bernales (MNT 7%).

Conclusiones y recomendaciones: Existe subregistro importante de MF y MN en Registros Civiles. Siendo estos, fuente de datos oficiales para estimación de indicadores y toma de decisiones, se recomienda que los certificados emitidos por los Hospitales se remitan directamente a las respectivas Municipalidades.

La mayor mortalidad encontrada en algunos municipios puede deberse a mayor subregistro en los Hospitales. Se sugiere implementar un Sistema de Registro de Muertes Fetales y Neonatales.

Palabras claves: Subregistro, mortalidad perinatal

INTRODUCCIÓN

Las estadísticas aplicadas a las ciencias médicas aparecen muy rudimentariamente desde los días del Renacimiento. Desde la antigüedad se recogían números de casos sin agruparlos sistemáticamente, pero las estadísticas adquieren valor desde el momento en que dejan de ser puramente una descripción y comienzan a copilarse y analizarse comenzando a presentarse los resultados de morbilidad, natalidad y mortalidad en relación con la población. Esto es el inicio de las llamadas estadísticas vitales (1).

La estadística interviene en todas las etapas del proceso administrativo, fundamentalmente en el proceso de planificación, y en la toma de decisiones. Una decisión será óptima sólo si está fundamentada sobre la base de una información completa y fidedigna. Es por ello

que no basta con tener un Sistema de Información, sino también es necesario garantizar la calidad de los datos que se ofrecen.

Contar los nacimientos y las defunciones, son funciones básicas de los sistemas de registros civiles, que permiten a quienes trabajan en el Sector Salud responder a las necesidades de las comunidades; y también conocer la magnitud de la carga que tienen los servicios. Para quienes manejan programas, este conteo se traduce en información, cuando a partir de ellos se calculan indicadores y se comparan y analizan.

Los organismos y las instituciones de salud consideran la mortalidad perinatal como un indicador fidedigno del desarrollo social de un país, de la salud de su población y de la calidad de los servicios de salud, de allí su importancia⁽¹⁾⁽²⁾.

Desde mucho tiempo atrás ha sido preocupación de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y diversas instituciones nacionales dedicadas a los cuidados de la salud, vigilar y evaluar el comportamiento de la mortalidad perinatal mediante el análisis de sus dos componentes: la mortalidad fetal tardía y la neonatal precoz, así como la tendencia en el tiempo de cada una de éstas^(3, 4).

El éxito obtenido en la disminución de la mortalidad perinatal refleja el nivel alcanzado en los cuidados obstétricos y pediátricos, así como la eficacia de las medidas sociales en general, y de las acciones de salud pública en particular. Es así como constituye un indicador capital para la determinación de una política sanitaria adecuada⁽⁵⁾.

Sin embargo, las muertes fetales, el nacimiento y muerte de los recién nacidos, son con frecuencia subestimados aún en países desarrollados, generándose como consecuencia y por diferentes razones, un subregistro de estos eventos vitales.

El Banco Mundial estima que el número de muertes neonatales está subestimado. En los cálculos de la tasa de mortalidad perinatal, basados en las estimaciones de la OMS realizadas en 1996, se asume que el 40% de las muertes fetales y neonatales no son reportadas⁽⁶⁾. La revisión de la literatura y el análisis de las estadísticas reportadas sugieren que aproximadamente el 60% de las tasas de mortalidad perinatal se subregistran, y posiblemente hasta el 50% en los países con las tasas más elevadas de mortalidad^(7, 8, 9). Por lo tanto, debemos considerar que el número de muertes perinatales son considerablemente más elevadas que los 7.6 millones por año estimados para el año 1996 por la OMS.

ANTECEDENTES

La presencia de barreras socioculturales, barreras en el sistema de salud y de los registros civiles atentan contra un buen registro de estas estadísticas vitales.

A.- Barreras socioculturales

Dentro de las barreras socioculturales tenemos el no percibir las muertes fetales o neonatales como un problema, esto generalmente se relaciona con creencias y prácticas socioculturales, que incluyen el aislamiento de la mujer y el recién nacido en sus hogares, el aceptar las muertes neonatales como normales, o el no considerar al recién nacido como una persona.

El registro de eventos o acopio de datos no es considerado una prioridad en sociedades tradicionales y si el neonato fallece se suele ver como un hecho sin importancia⁽¹⁰⁾.

Algunos grupos étnicos del oeste del África no ponen nombre a los niños, hasta que cumplen los 40 días, lo cual puede ser una estrategia usada para encubrir las altas tasas de mortalidad neonatal, las más elevadas del mundo^(8, 11).

B.- Barreras en el sistema de salud y registros civiles:

- Las barreras del sistema de salud incluyen la falta de interés del personal para registrar los datos, y la selección de estos cuando consideran que el bebé no sobrevivirá. Aún cuando el evento se registre, la confusión en las definiciones puede alterar la información⁽¹²⁾. Inclusive, en establecimientos con cuidados neonatales avanzados, tanto neonatólogos como obstetras tienden a subestimar las oportunidades de vida de los prematuros y así se reduce el nivel de cuidados ofrecidos a la madre y al neonato⁽¹³⁾.

En los establecimientos de salud el registro de datos se ve influenciado por dos factores: peso al nacer y la edad del recién nacido al morir. Cuanto menos pese el recién nacido, es menos probable que su nacimiento y muerte sean registrados. Esto es cierto aún en países industrializados⁽¹⁴⁾. En relación con la edad al morir, las muertes fetales son las que menos se registran⁽⁸⁾, y las muertes neonatales precoces se registran menos que las muertes infantiles. En algunos países no se registran los nacimientos hasta que hayan cumplido las 24 horas, práctica que reduce la tasa de mortalidad neonatal en 40%⁽¹⁵⁾.

Durante el año 1983, se estudió la confiabilidad de la mortalidad perinatal registrada en la Base de Datos de los Países Bajos (LVR). Ese año fue posible comparar el registro de prematuros en la LVR y el de los mismos niños registrados por los pediatras en la Base de Datos del Proyecto para Prematuros y Pequeños para la Edad Gestacional de los Países Bajos (POPS). La comparación de ambas bases de datos se realizó con un simple procedimiento de cotejo. En la Base de Datos LVR se encontró 30% menos de mortalidad ocurrida en prematuros menores de una semana, lo cual significaba que el 10% de la mortalidad perinatal no había sido registrada debido a la falta de costumbre de registrar datos de muertes tardías. Recomendaron interpretar con precaución la Base de Datos LVR, mientras no fuera posible cotejar los datos de obstetricia con el Registro Nacional de Neonatología⁽¹⁶⁾.

En Francia los requisitos para llenar un certificado de nacimiento ($\geq$ de 180 días de embarazo y vitalidad al momento del registro) para las estadísticas nacionales, son diferentes a los que recomienda la OMS ($\geq$ 500g). Se compararon el número de muertes fetales y neonatales ocurridas en el Nord-Pas de la Región de Calais provenientes de dos fuentes diferentes en los

años 1998-1999. Las fuentes fueron las estadísticas vitales provenientes de INSEE y los datos tomados de los hospitales según los criterios recomendados por la OMS. De 808 muertes neonatales identificadas por la investigación 305 (37.7%) fueron ignoradas o no clasificadas en las mismas categorías por los registros de estadísticas vitales; 230 niños, incluyendo 29 nacidos vivos no fueron registrados y 75 nacidos vivos fueron registrados como natimueitos. La disparidad en las definiciones entre el INSEE y la OMS tiene serias consecuencias: INSEE sub registra el 28% de la mortalidad perinatal, en comparación con la que registra la OMS. Este hallazgo pone de manifiesto la necesidad de cambiar los criterios legales para el registro de nacimientos⁽¹⁷⁾.

En una evaluación de las estadísticas nacionales de mortalidad perinatal realizadas en nueve hospitales de maternidad de Hainaut, Bélgica (total de nacimientos: 7,862), se encontró un registro adecuado en el 86% de muertes perinatales. El sub registro ocurrió especialmente en neonatos de bajo peso al nacer⁽¹⁸⁾.

Además de la falta de datos, confusión en las definiciones y terminología, pobre registro de pesos al nacer; la calidad de los datos existentes se ve comprometida por la dificultad para atribuir causa de muerte.

El año 1991 Gourbin G., del Instituto de Demografía de la Universidad de Lovaina, Bélgica, realiza un estudio sobre las definiciones legal y administrativa de los eventos vitales (nacidos vivos y natimueitos) en 27 países europeos. Se discute el impacto que tiene el uso de diferentes definiciones cuando se comparan estadísticas vitales en el tiempo en diferentes países. Este hecho se ilustra discutiendo algunas de las irregularidades encontradas en los datos publicados (ej.: edad al fallecimiento en diferentes países europeos, y la tendencia de la mortalidad infantil o de los natimueitos en países seleccionados). Consideran que hacer el análisis del sistema de registro de eventos vitales es crucial para producir datos estandarizados de mortalidad perinatal, que satisfagan las recomendaciones de la OMS para realizar comparaciones internacionales⁽²¹⁾.

En Holanda, en un estudio realizado por el Departamento de Reproducción y Neonatología encontraron sub registro dependiendo de la fuente de muertes perinatales y natales. En los registros civiles el subregistro fue poco menos de 1.2 de las muertes perinatales por 1000 nacidos vivos, y fue más evidente en los recién nacidos inmaduros. Este estudio vincula la información de los registros profesionales de obstetras, obstetras y pediatras que contenían información perinatal detallada. Al vincular y extrapolar estos datos se generó una base

de datos representativa de todos los nacimientos y de las cuales se pueden calcular tasas específicas de mortalidad perinatal por edad gestacional. La confiabilidad de esta tasa de mortalidad calculada fue establecida por comparación con la tasa derivada de los registros civiles nacionales. El estudio demostró que la combinación de diferentes registros profesionales puede generar una base de datos más confiable, y conteniendo información perinatal detallada⁽²²⁾.

Con respecto a la gran diferencia entre las tasas de mortalidad infantil reportada en países industrializados, se plantea la hipótesis de que es debido a un sub registro de niños que se encuentran en el límite de la viabilidad (<750 gramos al nacer), o a la clasificación como natimueitos vs. nacido vivos⁽²³⁾.

En Brasil se realizó un estudio con la intención de investigar la posibilidad de usar un Sistema de Información Hospitalario Brasileiro, como fuente alternativa de información para las tasas de mortalidad fetal y neonatal por grupos de edad. El resultado sugirió que la metodología propuesta podía contribuir al análisis en el tiempo y en el espacio de las tasas de mortalidad fetal y neonatal del Brasil en los últimos años, ya que los datos de registro de muertes en la mayoría de estados son menos minuciosos que aquellos del Sistema de Información Hospitalario⁽²⁴⁾.

Mosquera en su estudio realizado en Asturias, España en un periodo de 5 años (1896-90) en la que comparó los datos oficiales con las fuentes de múltiples hospitales, encontró un sub registro de muerte perinatal del 35% 45.5% para la muerte fetal y 22.5% para la muerte neonatal temprana, que ocurría en las primeras 24 horas ⁽²⁶⁾.

Una de las mayores barreras que impiden conocer el número de muertes fetales y neonatales, es la falta de datos, hecho que afecta la toma de decisiones para mejorar la sobrevivencia de los recién nacidos. Generalmente tanto la cantidad como la calidad de datos son insuficientes y poco confiables. En muchos países sub desarrollados, el desconocer las cifras reales provocan falta de interés para la intervención, permitiendo que el problema continúe.

- Con respecto a las barreras en los registros civiles, en la mayoría de países en vías de desarrollo, la responsabilidad de inscribir a los niños en el registro civil recae sobre los familiares de la madre. El acceso y la decisión para hacer la inscripción, se ven influenciadas ya sea por el costo o pérdida de tiempo al viajar a una localidad vecina y tener que esperar para hacer el registro⁽¹⁹⁾. Las familias no perciben los beneficios del registro.

Aproximadamente dos tercios (66%) de los nacimientos que ocurren en el mundo se registran, sin embargo hay grandes variaciones regionales. Los países con tasas mas altas de mortalidad neonatal son los que generalmente tienen las menores tasas de registros vitales⁽²⁰⁾.

En Tailandia no obstante no existir unidades de cuidados intensivos ampliamente disponibles, se reportaba una tasa nacional de mortalidad perinatal de 3.2 por mil nacidos vivos, cifra menor a la de muchos países desarrollados. Se realizó un estudio en una provincia con 80,000 habitantes, y se encontró que no se registraban las muertes fetales ni las neonatales precoces. Tampoco las muertes fetales, neonatales precoces e infantiles tenían registro de nacimiento. Por tanto estos niños no fueron incluidos en el denominador (como natimueitos o nacidos vivos) para el cálculo de las tasas regionales de mortalidad perinatal e infantil. La mayoría de estas muertes ocurrieron en domicilios. Las familias no dieron importancia al registro y no existían incentivos para promoverlo⁽⁸⁾.

Una evaluación de registros vitales como fuente de datos de mortalidad infantil realizada en Camerún en 1991, encuentra que la cobertura de registro fue 62% para nacimientos y 4% para muertes infantiles. La razón reportada con mayor frecuencia para no registrar fue la falta de dinero y de tiempo y el procedimiento complicado del registro. Para las muertes infantiles fue la falta de conocimiento y la no percepción de beneficio. Ellos sugieren que un mecanismo que use a las instituciones médicas puede sustancialmente incrementar la cobertura de registro para los nacimientos y muertes infantiles⁽²⁵⁾.

C.- Implementación de políticas y programas:

La mortalidad neonatal ha sido con frecuencia pasada por alto en la implementación de políticas y programas. Por ejemplo, la mortalidad neonatal rara vez es incluida en la relación de las principales causas de muerte, no obstante que el Banco Mundial estima que contribuyen con aproximadamente un 7% a la mortalidad general. La magnitud de este problema puede ser puesta en perspectiva considerando que la mortalidad neonatal excede la carga que representan la malaria e infecciones inmuno prevenibles, a la mortalidad general⁽²⁷⁾.

El análisis causal de las defunciones infantiles en nuestro país muestra que se siguen produciendo miles de fallecimientos infantiles por causas evitables. Estos se estiman anualmente en más de 19,000 (año 2000), de los cuales 8,000 ocurren durante la primera semana de vida y más de la mitad (55%) durante el primer mes, proporción

esta última que se mantiene desde hace dos décadas⁽²⁸⁾.

En la ENDES 2000 se recolectó información sobre mortinatos a partir de enero de 1995 y se calculó la mortalidad perinatal como la suma de nacidos muertos y muertes neonatales tempranas dividida por los embarazos de 7 o más meses de duración, ésta fue de 23 defunciones por mil embarazos de 7 o más meses de duración⁽²⁹⁾.

Según el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) en su informe noviembre 2002, el Perú da como último reporte de mortalidad perinatal el del año 1995 como de 35 por mil nacidos vivos que es mucho menor que el reportan otros países. Argentina reporta para el año 2000 una tasa de 30 x 1000, México de 40 x 1000, Paraguay de 40 x 1000 y Brasil según su reporte del 99 de 29 x 1000⁽³⁰⁾ y si tomamos en cuenta el reporte del ENDES 2000 de 23 x 1000, podríamos suponer que realmente estamos muy bien en salud perinatal.

La tasa de mortalidad perinatal oficial en el Perú, es elaborada en base a la información de registros civiles, por eso es importante evaluar si el flujo de información que se genera en un buen porcentaje en los Centros materno-infantiles llega óptimamente a registros civiles ya que las políticas de salud que se implementen van a ser formuladas en base a estos datos.

OBJETIVO GENERAL

Considerando la importancia que tiene disponer de información veraz, confiable y oportuna, se planteó realizar la evaluación del registro de muertes fetales y neonatales del año 2003 en 11 hospitales de Lima y Callao que tienen servicio de Neonatología y son los que concentran el mayor número de nacimientos en Lima y Callao (Dos de Mayo, Hipólito Unanue, San Bartolomé, Arzobispo Loayza, Santa Rosa, Cayetano Heredia, Daniel Alcides Carrión, Sergio Bernales, San José del Callao, Maria Auxiliadora e Instituto Especializado Materno Perinatal) y cotejar con los datos de los registros civiles.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo - retrospectivo. Se utilizó una ficha para recolección de datos y un formato para cotejar los registros de los Hospitales con sus respectivas Municipalidades, ambos instrumentos se sometieron a validación de expertos, y a una prueba piloto.

El gold standard para las muertes fetales y neonatales fueron los registros de los Servicios de Obstetricia y Neonatología, respectivamente.

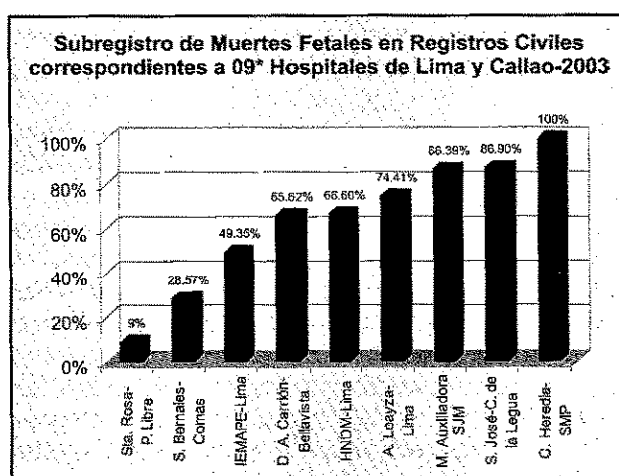
RESULTADOS

Al evaluar el registro de muertes fetales y neonatales en Registros Civiles correspondientes a 11 Hospitales de Lima y Callao, se encontró subregistro de muertes fetales (MF) de 9% (Municipalidad de Pueblo Libre - Hospital Santa Rosa), hasta 100% (Municipalidad San Martín de Porres - Hospital Cayetano Heredia). Los resultados del resto de los hospitales comparados con el registro de la Municipalidad correspondiente fueron: Hospital San José - Municipalidad de Carmen de la Legua 86.9%, Hospital María Auxiliadora - Municipalidad de San Juan de Miraflores 86.39%, en esta municipalidad no se pudieron ubicar los certificados de muertes fetales de los meses de Enero y Junio, Hospital Arzobispo Loayza - Municipalidad Lima 74.41%, Hospital Dos de Mayo - Municipalidad de Lima 66.6%, Hospital Daniel Alcides Carrión - Municipalidad Bellavista fue 65.62%, IMAPE-Municipalidad de Lima 49.35%, Hospital Sergio Bernales - Municipalidad de Comas 28.57%, Hospital San Bartolomé - Municipalidad de Lima +11.11% no se pudo precisar si hay subregistro o sobre registro, porque no se revisó los certificados de defunción directamente ya que la información que brinda la Municipalidad de Lima es informatizada. En el Hospital Hipólito Unanue - Municipio El Agustino +10.7% información tomada directamente del certificado.

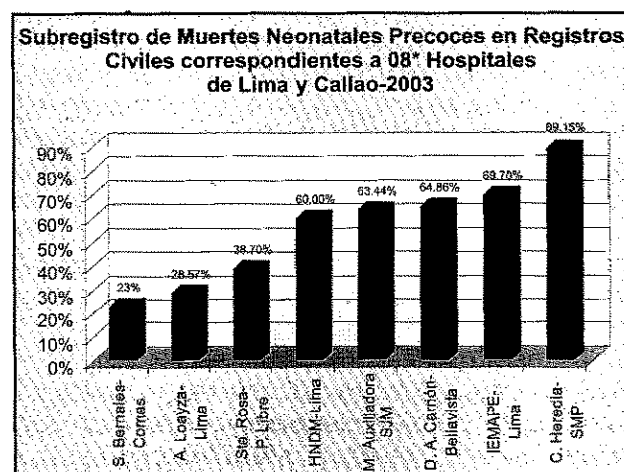
El subregistro de muertes neonatales precoces (MNP) oscila entre 22.6% (Municipalidad de Comas - Hospital Sergio Bernales) y 89.15% (Municipalidad San Martín de Porres - Hospital Cayetano Heredia). En el resto de los hospitales se encontró los siguientes resultados: IMAPE- Municipalidad de Lima 69.79%, Hospital Daniel Alcides Carrión - Municipalidad Bellavista 64.86%, Hospital María Auxiliadora - Municipalidad de San Juan de Miraflores 63.44% (no se pudieron ubicar los certificados de muertes fetales de los meses de Enero y Junio). Hospital Dos de Mayo - Municipalidad de Lima 60%, Hospital Arzobispo Loayza - Municipalidad Lima 28.57%, Hospital Sergio Bernales - Municipalidad de Comas 22.6%, Hospital Santa Rosa - Municipalidad de Pueblo Libre, 38.70%, Hospital Hipólito Unanue - Municipalidad El Agustino +66% dicho registro civil consigna mayor número de muertes fetales y neonatales con certificados emitidos por el Hospital información tomada directamente del certificado, Hospital San Bartolomé - Municipalidad de Lima +17.5% (no se revisó los certificados de defunción directamente, la información que brinda la Municipalidad de Lima es informatizada). En el caso del Hospital San José - Municipalidad de Carmen de la Legua, no se pudo calcular la mortalidad neonatal por componentes puesto que el Servicio de Neonatología no lo tiene diferenciado, el subregistro de mortalidad neonatal es de 25%.

El rango encontrado de subregistro para mortalidad

neonatal tardía (MNT) es 27.27% (Municipalidad de Pueblo Libre - Hospital Santa Rosa) y 66.6% (Municipalidad San Martín de Porres - Hospital Cayetano Heredia). El resto de los hospitales tuvo el siguiente subregistro: Hospital Daniel Alcides Carrión - Municipalidad Bellavista 64.28%, Hospital María Auxiliadora - Municipalidad de San Juan de Miraflores 64.2%, no se pudieron ubicar los certificados de muertes fetales de los meses de Enero y Junio, IMAPE-Municipalidad de Lima 51.35%, Hospital Arzobispo Loayza - Municipalidad Lima 40%, Hospital Dos de Mayo - Municipalidad de Lima 33.3%, Hospital Sergio Bernales - Municipalidad de Comas +7.1% (se revisaron los certificados de defunción emitidos por el hospital), Hospital San Bartolomé - Municipalidad de Lima +10% (según información de la Municipalidad de Lima informatizada). En el Hospital Hipólito Unanue - Municipio El Agustino +28% (información tomada directamente del certificado).

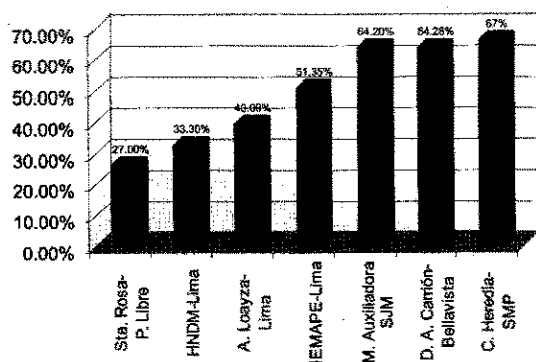


* Hubo mayor registro en las Municipalidades correspondientes a los hospitales H. Unanue (10.7%) y a San Bartolomé (11.11%)



Hubo mayor registro en las Municipalidades correspondientes a los hospitales H. Unanue (66%) y a San Bartolomé (17.5%). En el Hospital San José no se separan las muertes neonatales precoces de las tardías.

Subregistro de Muertes Neonatales Tardías en Registros Civiles correspondientes a 07* Hospitales de Lima y Callao-2003



* Hubo mayor registro en las Municipalidades correspondientes a los hospitales H. Unanue (28%), S. Bartolomé (10%) y S. Bernales (7.1%). En el Hospital San José no se separan las muertes neonatales precoces de las tardías.

DISCUSIÓN

La existencia de un subregistro importante de muertes fetales y neonatales en los Registros Civiles con respecto a la mayoría de hospitales estudiados nos obliga a que se plantee un sistema de registro de mortalidad perinatal. Es importante que tengamos datos confiables no solo para definir el problema, sino también para escoger la intervención adecuada y evaluar su efectividad. Del presente trabajo se desprende una pregunta casi obligada, si esto sucede en Lima que es la capital del Perú, que sucederá en zonas distantes de la sierra y selva de nuestra patria.

Identificar las tendencias e impacto de la mortalidad

alrededor del nacimiento es información fundamental para nuestros funcionarios, jefes de departamentos y de servicios en el área de la salud, ya que les permitirá contar con información necesaria para una mejor planeación de los servicios asistenciales materno-infantiles.

La mortalidad perinatal va a reflejar el nivel que hemos alcanzado en los cuidados obstétricos y pediátricos que brindamos y constituye un indicador capital para la determinación de una política sanitaria adecuada, motivo por el cual es imprescindible contar con datos reales de este indicador.

CONCLUSIÓN

Existe subregistro importante de muertes fetales y neonatales en los Registros Civiles con respecto a la mayoría de hospitales estudiados, siendo esta mayor para mortalidad fetal que la neonatal.

El mayor registro encontrado en algunos municipios puede deberse a subregistro en los Hospitales.

RECOMENDACIONES:

Siendo los datos de muerte fetal y neonatal de los Registros Civiles fuente oficial para el Sector Salud, se recomienda:

- Remitir copia de los certificados de defunción directamente de los Hospitales a los Registros Civiles.
- Implementar un Sistema de Registro de Muertes Fetales y Neonatales; y estandarizar los datos de mortalidad perinatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bobadilla JL, Cerón S, Suárez P. Evaluación de la calidad de los datos de mortalidad perinatal. Registros vitales en México. Salud Pública Mex 1988; 30(1):101-13.
2. Phelan S, Goldenberg R, Alexander G, Cliver S. Perinatal mortality and its relationship to the reporting of low birth weight infants. Am J Public Health 1998; 88(8):1236-1239.
3. Bobadilla JL, Langer A. La investigación de la salud perinatal en México. Salud Pública Mex 1988; 30(1):3-5.
4. Langer A. Enfoques de la investigación perinatal. Salud Pública Mex 1988; 30(1):43-6.
5. Ignacio Lee Santos. Mortalidad perinatal. Rev Med IMSS 2003; 41 (1): 31-36.
6. Mc Carthy, B.J. The Under-Registration of Neonatal Deaths: Georgia 1974-77. Am J Public Health. Vol. 70, N° 9, pp 977-982, 1980.
7. Elferink-Stinkens, P.M., Brand, R., Verloove-Vanhorick, S.P., Van Hemel, O.J. Underreporting of first-week mortality in premature childbirth in the National Obstetrics Register Ned Tijdschr Geneesk 6;137(6):298-301, Feb, 1993.
8. Dumoulin, M., Blondel, B., Lequien, P. To be born or not to be. Epidemiologic, judicial and psychological aspects. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 22(4):385-92, 1993.
9. Mc Caw-Binns, A.M., Foix, K., Foster-Williams, K.E., Ashley, D.E., Irons, B. Registrations of births, stillbirth and infants deaths in Jamaica. Int J Epidemiol. Vol. 25, pp 807-813, 1996.
10. CDC, CCHI, CARE. The Healthy Newborn. A Reference Manual for Program Managers. Part 1: The Unheard Cry for Newborn Health. Pp 1.12.

11. Jewkes, R., Wood, K. "Competing Discourses of vital registrations and Personhood: Perspectives from rural South Africa. *Soc Sci Med.* Vol 46, pp 1043–1056, 1998.
12. Keirse, M.J. Perinatal Mortality Rates do not contain what they purport to contain. *Lancet.* Vol 1, N° 8387, pp 1166–1169, 1984.
13. Morse, S.B., Haywood, J.L., Goldenberg, R.L., Bronstein, J., Nelson, K.G., Carlo, W.A. Estimation of Neonatal Outcome and Perinatal therapy use. *Pediatrics.* Vol. 105, N° 5, pp 1046–1050, 2000.
14. Mc Carthy, B.J. The Under-Registration of Neonatal Deaths: Georgia 1974–77. *Am J Public Health.* Vol. 70, N° 9, pp 977–982, 1980.
15. Gourbin, C. Are live and stillbirths comparable all over Europe?. Working Paper. N° 170. Louvain, Belgium: Universite Catholique de Louvain, January 1993.
16. Elferink-Stinkens, P.M., Brand, R., Verloove-Vanhorick, S.P., Van Hemel, O.J. Underreporting of first-week mortality in premature childbirth in the National Obstetrics Register *Ned Tijdschr Geneesk* 6;137(6):298–301, Feb, 1993.
17. Dumoulin, M., Blondel, B., Lequien, P. To be born or not to be. *Epidemiologic, judicial and psychological aspects.* *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 22(4):385–92, 1993.
18. Hertoghe L, De Wals P, Piron M, Bertrand F, Lechat MF Quality of perinatal death registration. A study in Hainaut, Belgium. *Eur J Pediatr.* 146 (5): 473–6, Sept, 1987.
19. Dow, U. Birth Registration: The "first" right. UNICEF's The Progress of Nations. UNICEF: NY, pp 5–11, 1998 Available from: URL: <http://unicef.org/pon98/civil1.htm>
20. United nations Children's Fund. The State of the World Children's 1998: Focus on Nutrition. New York. UN, 1998. Available from: URL: <http://www.unicef.org/sowc98/>
21. Gourbin G, Masuy-Stroobant G Registration of vital data: are live births and stillbirths comparable all over Europe? *Bull World Health Organ* 73(4): 449–60 1995.
22. Anthony, S., Van der Pal-de Bruin K.M., Graafmans, W.C., Dorrepaal, C.A., Borkent-Polet, M., Van Hemel, O.J., Jansen, F.H., Den Ouden, A.L. The reliability of perinatal and neonatal mortality rates: differential under-reporting in linked professional registers vs. Dutch civil registers. Department of Reproduction and Perinatology, TNO Prevention and Health, Leiden, The Netherlands. s.anthony@pg.tno.nl
23. Kramer, M.S., Platt, R.W., Yang, H., Haglund, B., Chattingius, S., Bergsjö, P. Registration artifacts in international comparisons of infant mortality. *Paediatr Perinat Epidemiol*; 16 (1):16–22, Jan 2002.
24. Schramm, J.M., Szwarcwald, C.L. Hospital System as a source of information to estimate stillbirth and neonatal mortality rates. Escola Nacional de Saude Publica da Fundacao Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ., Brasil. joyce@ensp.fiocruz.br
25. Ndong, I., Gloyd, S., Gale, J. An evaluation of vital registers as sources of data for infant mortality rates in Cameroon. *Int J Epidemiol*; 23(3):536–9, Jun 1994.
26. Mosquera Tenreiro, C., Gonzalez-Rico, M. The quality of the registry of perinatal deaths. Asturias, 1986–90. *Gac. Sanit*, 8 (45): 321, Nov – Dec, 1994
27. World Bank. 1993 World Development Report. New York, N.Y.: Oxford University Press. 1993.
28. PCM, PROMUDEH, MINSA, MINED, Ministerio de Justicia; Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio del Interior. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAI) 2002 – 2010. pp 24, Junio, 2002.
29. CDC, CCHI, CARE. The Healthy Newborn. A Reference Manual for Program Managers. Part 1: The Unheard Cry for Newborn Health. Pp 1.10.
30. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). Informe noviembre 2002.