

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Sub-Secretaria de Salud Comunitaria



Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION

MATERNIDAD E INFANCIA

SALUD COMUNITARIA

Dr. Ramón Carrillo " *los problemas de la medicina no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social*"

FUNDAMENTACIÓN

❖ La finalidad de la propuesta consiste fundamentalmente en la reducción de los índices de mortalidad infantil y mortalidad materna



❖ Esto refleja un nuevo desafío en el que se encuentra nuestro país al enfrentarse a variables estructurales en cuanto a la reducción de los índices de mortalidad materno - infantil, lo cual reclama nuevas estrategias y nuevos enfoques



❖ Otro dato que nos obliga a repensar las estrategias del área materno - infantil, es que para el 2006, de los 151.000 registros SIP, del total de los 400.000 partos en el sector público, más del 10% no tiene ningún control y el 17% tiene entre 1 y 4 controles prenatales (siendo 5 el número satisfactorio)



FUNDAMENTACIÓN

❖ Lo cual significa que casi el 30% de los partos realizados en el sector público demuestran controles insuficientes, una tasa que puede aumentar fuertemente en las distintas provincias

❖ Esto conlleva a realizar especial hincapié en nuevas estrategias de captación, acompañamiento y seguimiento de los embarazos, principalmente desde un trabajo local, articulado con las instancias del primer nivel de atención, incorporar y/o potenciar nuevos actores locales y de otros ministerios

FUNDAMENTACIÓN



Por lo dicho, la estrategia consiste en ampliar, mejorar y optimizar la accesibilidad, cobertura, atención y prestación de salud, así como la infraestructura, equipamiento y recursos humanos en los servicios de los distintos niveles de atención



❖ Tal esquema apunta a jerarquizar la atención calificada y capacitada para la atención oportuna y cuidados necesarios en los sectores sociales vulnerables, y en situación de alto riesgo social, focalizando en el fortalecimiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia y las redes de derivación como mecanismos de coordinación y optimización de los servicios

**¿CUÁL ES LA SITUACIÓN
EN TÉRMINOS DE
CAPTACIÓN, COBERTURA
Y CALIDAD EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN?**

Cobertura del Sistema Informático Perinatal Anuario 2006

❖ Nacidos vivos

696.451 (Fuente Estadísticas Vitales)

❖ Nacimientos subsector oficial

416.609

❖ Registros SIP

143.580(Fuente SIP)

❖ Cobertura SIP

34.5 %

❖ Tasa de Natalidad

17.9 ‰

❖ Hijos por mujer

2.3

Sistema Informático Perinatal (SIP) 2006

- ❖ Cobertura: 91.4% (8.6% sin control).
- ❖ Periodicidad: 66% de las embarazadas alcanzan los 5 o más controles, pero 24.7% cuenta con 1 a 4 controles (insuficientes). Promedio de controles: 4.8 controles
- ❖ Precocidad: 29% tuvieron su primer control obstétrico durante el primer trimestre; 30 % en el segundo trimestre; 12.6% en el tercer trimestre.
- ❖ Integralidad: Serología Luética: 8.8% carece; Vacunación Antitetánica: 12,3% sin vacuna.
- ❖ Grupo y Factor: 6.6% se desconoce.
- ❖ Hb no evaluada: 26.9%

Prevalencia de Embarazos con alguna patología es del 28,4% (SIP)

- ✓ Embarazo Múltiple 1,1 %
 - ✓ HTA Previa 1,2 %
 - ✓ HTA inducida 3,4 %
 - ✓ Eclampsia 0,3 %
 - ✓ Cardiopatía 0,1 %
 - ✓ Diabetes 0,8 %
- ✓ Infección Urinaria 4,8%
 - ✓ RCIU 1,3%
- ✓ Amenaza Parto Prematuro 4,1 %
 - ✓ RPM 5,9 %
- ✓ VDRL Positivo 1,4 %

EN RESUMEN

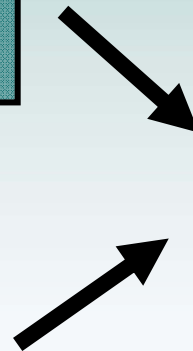
Deficiencia en cobertura, número, oportunidad y calidad de los controles en el primer nivel



Inadecuación en la identificación de condiciones de riesgo, promoción y prevención



Inadecuación en sistema de referencia y contrarreferencia



**Morbilidad y Mortalidad
Materna e Infantil**

OBJETIVOS OPERATIVOS MORTALIDAD INFANTIL

- ❖ **Mejorar el acceso y la calidad de los diversos niveles de atención** respecto al control prenatal, pediátrico, la atención en general y de los adolescentes en particular
- ❖ **Controlar y optimizar la infraestructura y el equipamiento de los diversos niveles de atención**
- ❖ **Implementar el fichero cronológico y el consultorio de alto riesgo** en todos los efectores del primer nivel de atención, junto con la utilización de la historia clínica, el carné perinatal y la libreta sanitaria
- ❖ **Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia**, entre los niveles de atención primaria y nivel hospitalario. Se trata de reasignar las consultas brindando diversos niveles de atención según la demanda existente y la complejidad de la que se trate
- ❖ **Implementar los sistemas de redes de derivación**, para la eficaz atención según el grado de complejidad
- ❖ **Implementar maternidades seguras**, con las CONE, definiendo los atributos mínimos para la habilitación de las mismas como efectores del Plan Nacer: quirófano, sangre segura, anestesista, enfermera/obstetra, consultorio de alto riesgo, transporte oportuno al nivel de referencia, etc.

OBJETIVOS OPERATIVOS MORTALIDAD MATERNA

❖ Diagnosticar y brindar tratamiento oportuno a embarazadas a partir del control continuo en el proceso de gestación, teniendo en cuenta que los abortos sépticos constituyen un tercio de las muertes maternas



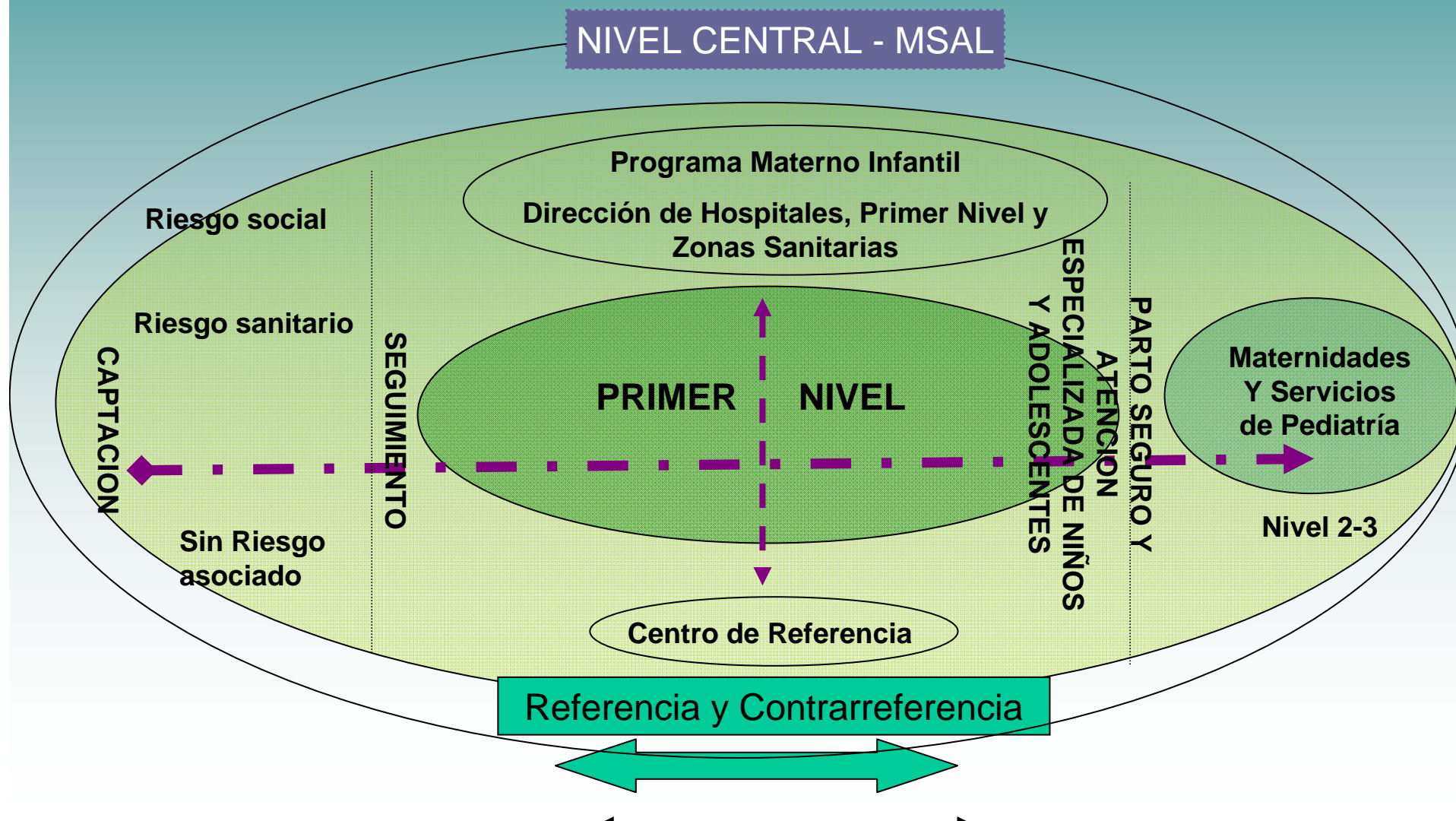
❖ Asegurar tratamiento de hipertensión, de las complicaciones obstétricas (hemorragia) y de las infecciones puerperales, que representan dos tercios de muertes maternas. El sangrado grave, o hemorragia, es la principal causa de muerte materna en todo el mundo, lo cual implica hacer especial hincapié en la presencia de sangre segura en todas las maternidades del país



❖ Prevenir el embarazo no deseado a través de consejerías automáticas post parto, comunicación sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, campañas activas para mujeres en edad fértil en general y jóvenes adolescentes en particular

ESTRATEGIA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Estrategia hacia la mejora en la captación y seguimiento de mujeres embarazadas, niños y adolescentes según nivel de atención y condición de riesgo



Fortalecimiento del Control Prenatal en el primer nivel de atención

- ❖ Búsqueda Activa de la embarazada
- ❖ Precocidad en la Atención del embarazo
 - ❖ Garantizar el control de calidad
- ❖ Determinación de pacientes con riesgo social y sanitario

Recurso Humano OBSTETRICAS / LIC. EN OBSTETRICIA

- ❖ Cumple un rol esencial en el control del embarazo, parto, puerperio y en actividades de prevención y promoción de la salud de la mujer
 - ❖ Establece un contacto ideal con las familias
- ❖ Diagnostica patologías por lo que se transforma en el recurso capacitado y adecuado para detectar los riesgos que aumentan los índices de morbi-mortalidad materno-infantil
- ❖ Países europeos que cuentan con este recurso humano en la atención materno infantil en forma prioritaria con excelentes resultados, plantean una necesidad de 1 obstétrica / 700 habitantes
- ❖ La República Argentina reconoce actualmente 1.2 obstétricas / 10.000 habitantes

RRHH Obstétricas : Situación en Argentina

❖ Número de matriculadas = 3.049 Obst. Universitarias (no todas en actividad)



❖ Para un total de 768 maternidades (102 con mas de 1.000 partos / año y 666 menos de 1.000 partos /año) se necesitarían según Norma Perinatal del MINSAL, 2.150 obstétricas universitarias (2 por día /guardia en Maternidades con mas de 1.000 partos / año y 1 en las restantes)



❖ Se calcula 1 Obstétrica / Cap: 0 sea 6.000 más



❖ Necesidad total: 8.150 obstétricas estimativamente

PROPUESTA

❖ Incorporación del recurso humano universitario egresado en los últimos años, a los planteles de atención con énfasis en su rol para la promoción y prevención



❖ Apertura de la Carrera Universitaria en aquellas jurisdicciones que se cerraron en la época del proceso



❖ Actualmente se dicta en solo 6 Universidades: Nacional de Bs.As., Nacional de La Plata, Nacional de Santiago del Estero, Nacional de Entre Rios, Aconcagua (Mendoza) y Católica de Cuyo (San Luis)



❖ Propiciar la aprobación de la Ley Nacional del Ejercicio Profesional de las Obstétricas / Lic. en Obstetricias que incluya los nuevos roles (Anteproyecto en diputados)

PROPUESTA EN SALUD COMUNITARIA

Objetivo General: Fortalecimiento del primer nivel de atención de la salud, a partir de su articulación con la comunidad y la adecuada y real implementación de los conceptos de **captación, cobertura, accesibilidad y calidad**

ESTRATEGIA DE ACCIÓN

- ✓ La identificación colectiva de las necesidades, problemas y recursos **(Diagnóstico comunitario)**
- ✓ La participación abierta de todos los actores: Médicos, usuarios, instituciones, etc. **(Participación comunitaria)**
- ✓ Perspectiva de resolución de un problema colectivo de salud **(salud pública)** diferente a la práctica clásica de resolución de un problema individual **(lo clínico)**
- ✓ **Incorporación de nuevos actores socio-sanitarios**

MODELO DE ESTRATEGIA LOCAL

Mejorar los controles, la captación temprana y el acompañamiento desde el Primer nivel de Atención

Unificación de las historias familiares y clínicas

Relevamiento y empadronamiento

Definición de población a cargo y radios de cobertura (atención ambulatoria)

Implementación de los programas de la Sub-secretaría de salud comunitaria a nivel local

Materno – Infancia

Salud Sexual y VIH

Adolescencia

Adicciones

ACOMPAÑANTES SANITARIOS

❖ Se propone para disminuir la mortalidad materna-infantil, trabajar en la captación, el acompañamiento y posterior seguimiento de la madre durante el embarazo y del recién nacido, para la detección de las posibles complicaciones en el desarrollo del proceso de gestación y durante el parto y puerperio brindándole los insumos, vacunas, complejos vitamínicos y de hierro, controles necesarios, seguimiento mediante ficheros pediátricos y neonatales, etc.



❖ Serán esos referentes socios sanitarios quienes incentiven el aumento de la demanda a los usuarios de salud pública. Estos objetivos son la función central del equipo local, el cual debe sensibilizar y movilizar la comunidad para el cumplimiento de dichas tareas específicas

ACOMPañANTES SANITARIOS

Funciones

- ❖ Trabajar en las comunidades en la detección, captación y acompañamiento y capacitación de las embarazadas, recién nacidos y niños menores de 2 años
- ❖ Controlar / monitorear la Historia Clínica, el Carné Perinatal y la Libreta Sanitaria: controles médicos y vacunaciones
- ❖ Detectar situación de riesgo socio-sanitario y evaluar redes de derivación, referencia y contrarreferencia
- ❖ Evaluar los servicios de atención de la salud materno-infantil: parto seguro, maternidades seguras, consultorios de alto riesgo, etc.
- ❖ Evaluar la atención prenatal utilizando el "Instrumento de evaluación de la atención prenatal" de la OPS

ACOMPañANTES SANITARIOS

Funciones

- ❖ Diseñar estrategias de sensibilización, promoción y prevención de estilos de vida saludables: proyectos participativos, talleres, jornadas, etc.
- ❖ Detectar, dentro de la comunidad, potenciales actores de salud para atención primaria (agentes polivalentes elementales): optimizar el capital social - conocimiento empírico (obstétricas, enfermeras jubiladas, etc.)
- ❖ Capacitar en el auto-examen y auto-cuidado de la salud y el cuidado comunitario; sexualidad, vacunación, lactancia materna, prevención ITS, señales de incomodidad en el embarazo, señales de riesgo o peligro durante el embarazo, preparación y planeando el parto, señales y signos de complicación del parto y post parto, derechos y deberes de la embarazada, importancia de la participación familiar/acompañante y su papel y red hospitalaria disponible.

ADICIONES

- ❖ El eje de las acciones se centrará en lo local, con especial énfasis en acuerdos institucionales, con los ministerios de salud provinciales y con ámbitos municipales
- ❖ La idea es fortalecer y/o generar la red local socio-sanitaria, basándose en los coordinadores de Acciones Sanitarias, los Acompañantes Sanitarios
- ❖ Las funciones serán principalmente las de detección y capacitación de los usuarios, la generalización de las accesibilidades y la agilización de las referencias y contrarreferencias locales
- ❖ Las acciones consistirán en la articulación institucional, una estrategia de comunicación social, planificación de la asistencia técnica y capacitación con producción de material preventivo y asistencial y la formación de operadores

ENFOQUE DE ATENCIÓN SEGÚN RIESGOS

Evaluar los riesgos tanto sanitarios como sociales de las mujeres embarazadas, RN y niños a fin de actuar integralmente sobre los determinantes socio-sanitarios con el objetivo de disminuir las muertes evitables

❖ Riesgo social:

Pobreza, embarazo precoz, adicciones, violencia, hacinamiento, medio-ambiente, accesibilidad, trabajo infantil

❖ Riesgo sanitario

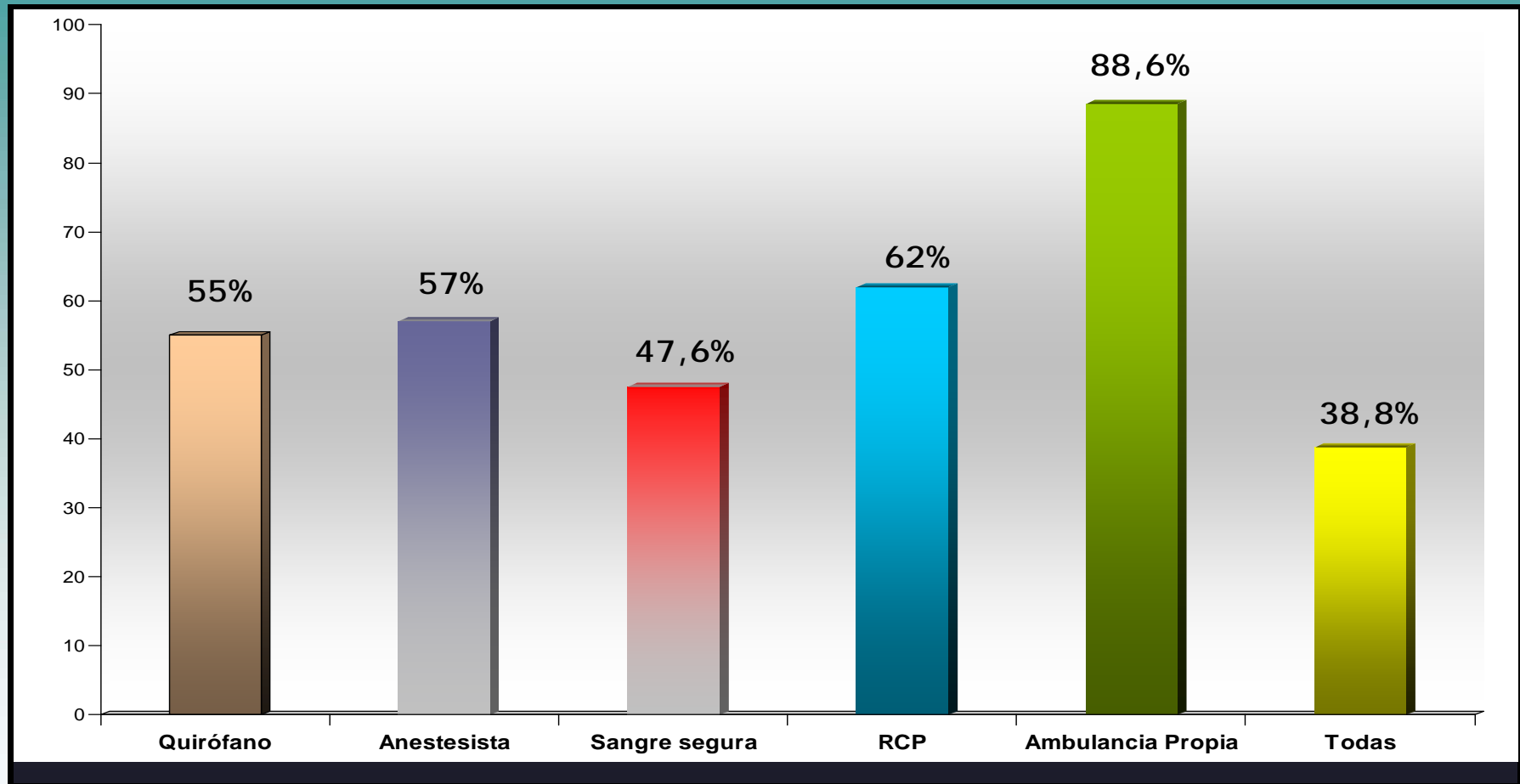
Específico en embarazadas, niños y adolescentes

ESTRATEGIA LOCAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD SEGÚN CONCEPTO DE RIESGO SOCIO-SANITARIO



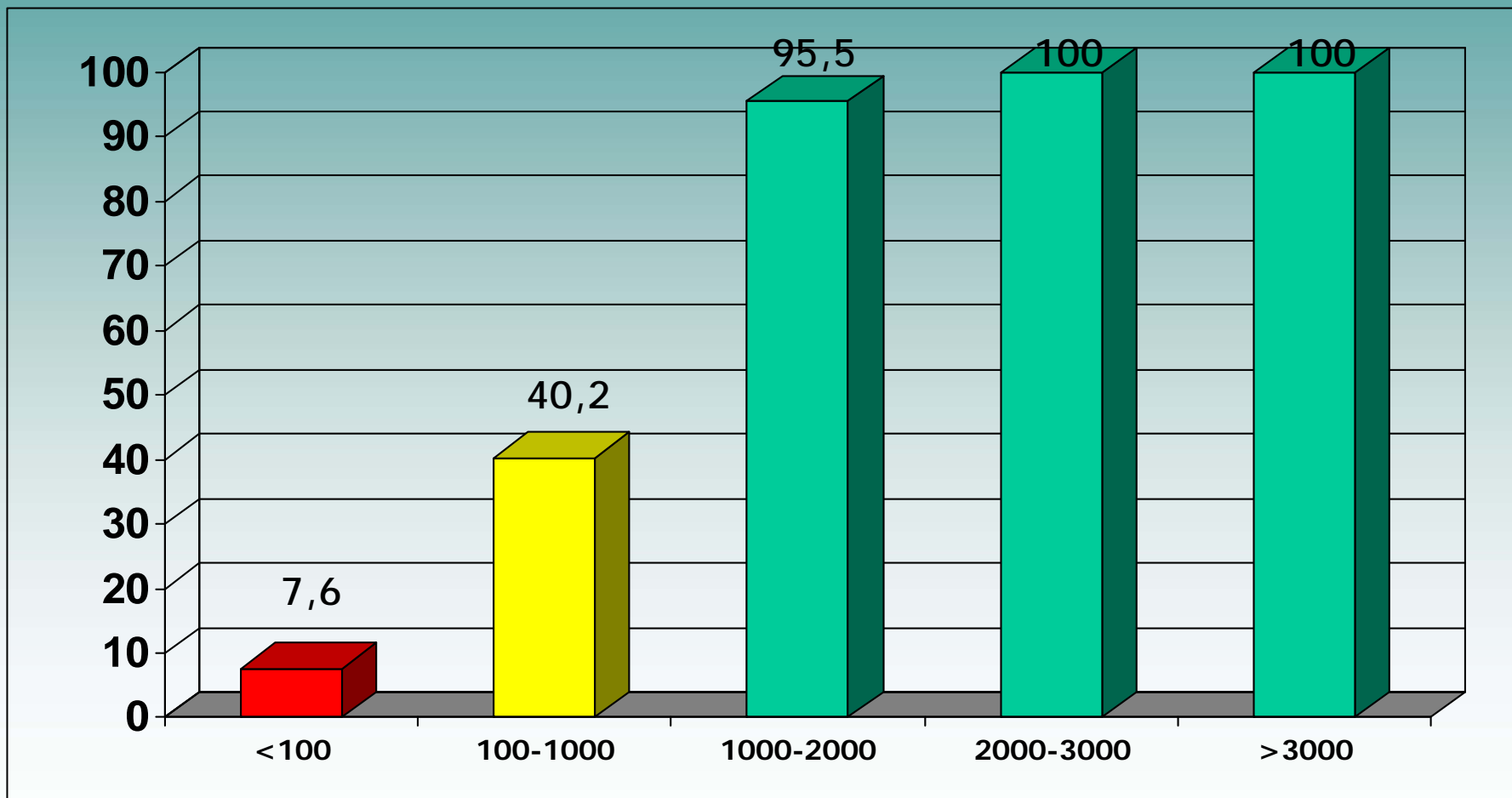
**¿CUÁL ES EL ESTADO DE
SITUACIÓN EN SERVICIOS DE
MATERNIDAD,
NEONATOLOGÍA Y
PEDIATRÍA?**

Los 5 indicadores con los que debe contar una Maternidad Segura

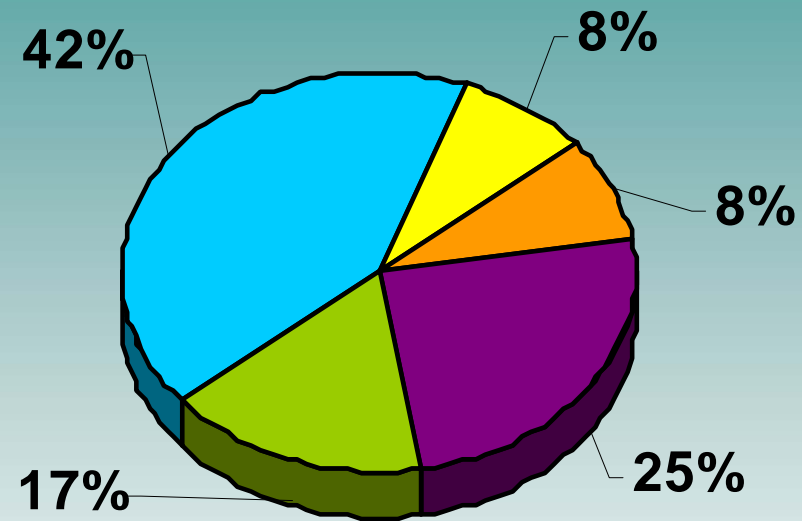


Porcentaje global de cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) - 768 Maternidades

% de cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales esenciales (CONE), según número de partos anuales en 768 Maternidades - Argentina 2003-2004



Evaluación de los servicios en las Maternidades



■ Planta Fisica

■ Equipamiento

■ Recursos H.

■ Servicios Complementarios

■ Organización y Fun.

Resultados

- ❖ El menor promedio de cumplimiento (68,7%) se observó en Recursos Humanos
- ❖ El 37% no realiza actividades de educación continua con el Equipo de Salud
 - ❖ El 42% tiene problemas de organización y funcionamiento
- ❖ El 79% no cuenta con Residencia para Obstétricas y el 40% no cuenta con Residencia de Tocoginecología
 - ❖ El 51,2% no realiza AMEU para Legrados Uterinos
- ❖ El 42% no cuenta con Normas de Control para Infecciones intrahospitalarias y Bioseguridad
 - ❖ El 48,8% no cuenta con Servicio de Ecografía de guardia las 24 hs

Sistema Informático Perinatal (SIP)2006

- ❖ Terminación en cesárea: 22.7% (14.6% - 37.9%)
- ❖ El 94.5% de los nacimientos son asistidos por personal calificado y el 86% de los RN lo son por médicos, obstetras y enfermeras
 - ❖ El 48.3% de los embarazos no fue planeado
 - ❖ El 49.4% de las parejas no usaban anticonceptivo
- ❖ Anticoncepción al egreso materno: solo un 5% recibió anticoncepción hormonal, el 69.6% fue referida
 - ❖ Baja cobertura del control puerperal: 35%
- ❖ No utilización de prácticas basadas en evidencias: sulfato de magnesio (eclampsia), corticoides en prematuros de menos de 35 semanas, etc.

Conclusiones

- ❖ Casi la mitad de las Maternidades públicas del país (45,7%) asisten entre 100 y 1.000 partos anuales.
 - ❖ 38,8 % cumple todas las CONE
- ❖ Menor % es aún en maternidades con menos partos anuales
 - ❖ Las disparidades inter jurisdiccionales son importantes
- ❖ La condición más deficitaria es la de contar con sangre segura
 - ❖ Graves deficiencias en el 1° nivel de atención con falta de programación local y fallas en la calidad de atención

Conclusiones

- ❖ Existencia de gran número de maternidades que no cumplen con los requisitos de maternidad segura
 - ❖ Las situadas en zonas de difícil acceso deben dotarse de los recursos necesarios para un parto seguro, con derivaciones organizadas a instituciones de mayor complejidad
- ❖ Integración en redes de complejidad creciente/ decreciente para la referencia y contrarreferencia de embarazadas y neonatos de alto riesgo

Conclusiones

❖ Los servicios de Obstetricia como de Neonatología evidencian importantes inadecuaciones, tanto estructurales como funcionales



❖ Su relación con las causas de mortalidad materna y neonatal es clara y directa

RECOMENDACIONES

- ❖ No deberían asistirse partos en Instituciones que no cumplen con las Condiciones esenciales
- ❖ Las Maternidades de menos de 100 partos anuales no deberían existir, salvo extremas razones de aislamiento geográfico. En tales casos, deberían cumplir todas las condiciones. Reevaluar la necesidad de las Maternidades de 100 a 1.000 partos/año
- ❖ Deben concentrarse las Maternidades, lo que mejorará la disponibilidad de recursos humanos y económicos

PROPUESTA DE Fortalecimiento de Maternidades

Objetivo General: Promover las maternidades seguras y las maternidades centradas en las familias, a partir de los conceptos de diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, prevención y seguimiento

ACCIONES ESPECÍFICAS

ALTA CONJUNTA

CONSULTORIO DE ALTO RIESGO

PESQUISA NEONATAL - ROP

TRANSMISIÓN VERTICAL

CENTROS DE LACTANCIA MATERNA

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

Intervenciones esenciales del sector salud para la Maternidad Segura



Objetivo Principal

Mejorar la organización y la calidad de la atención tanto en el 1° nivel como en los servicios hospitalarios

Fortalecimiento de Grandes Maternidades

OBJETIVO

- ❖ Mejorar la Calidad de Atención poniendo el foco en los procesos limitantes de la buena calidad de atención:
 - Procesos administrativos
 - Gestión de recurso humano
 - Procesos médicos y de enfermería

PROPUESTAS DE APOYO A LAS MATERNIDADES

❖ **Capacitación en servicio:** Los miembros de los equipos son sujetos activos en la búsqueda de la calidad de sus prácticas



❖ Esta modalidad requiere de la presencia en los servicios de **equipos de capacitadores** con competencia técnica para elaborar con el grupo las necesidades y problemas de la práctica, transferencia de experiencia y conocimientos facilitando la construcción de soluciones compartidas



❖ **Pasantías:** Permiten el intercambio de experiencias relevantes entre servicios y entre equipos dentro de una misma provincia o entre distintas provincias. Las actividades incluyen: observación, participación y transferencia para instalar las nuevas prácticas

PROPUESTAS DE APOYO A LAS MATERNIDADES

❖ Capacitación en la Emergencia: especialmente HTA, Hemorragia, aborto, sepsis, VIH



❖ Consultorio de Alto Riesgo en los Servicios de Obstetricia



❖ Establecer Redes de derivación de las pacientes previo al parto



❖ Establecer Redes de Contrarreferencia post-parto: atención del puerperio y consejería SS y PR

Alta Conjunta:

Obstetricia y neonatología "100 maternidades"

- ❖ Mejorar la contra referencia al primer nivel
- ❖ Mejorar la información que se transmite a las familias
 - ❖ Optimizar el proceso del alta
- ❖ Fortalecer y prolongar la lactancia materna
 - ❖ Dar pautas de alarma
- ❖ Disminuir el reingreso de pacientes

Alta Conjunta

❖ Teniendo en cuenta que el 100% de los partos son institucionales, la madre e hijo permanecen internados un promedio de 48 horas. La modalidad de internación permite evaluar precozmente alteraciones tanto de la madre como del niño, permitiendo la implementación de acciones estratégicas de prevención de la morbi-mortalidad materna e infantil

❖ El ALTA CONJUNTA permite la integración de acciones de **sensibilización, promoción y prevención** entre los servicios de una neonatología y obstetricia

❖ Además, es el **primer paso** hacia una **estrategia adecuada de Referencia y Contrarreferencia** entre los **diferentes niveles** de atención a través del llenado de calidad de la Historia Clínica Perinatal (SIP)

❖ Asimismo, se **determinara el riesgo social del paciente** y **articulará con los demás niveles** (Municipio, provincia) las acciones a tomar para revertir la situación

FUNCIONAMIENTO

El Consultorio de Alta Conjunta debe tener una frecuencia diaria

ALLÍ SE REALIZA

Control de llenado de Historias clínicas y Carnet Perinatal

CONTRARREFERENCIA POR DOS VÍAS

- Comunicación con las familias (carnet perinatal que se lleva la madre
- Envío semanal al responsable del Primer Nivel de Atención (Región Sanitaria, Municipio o Área programática) de un listado de madre y bebés dados de alta, para la búsqueda activa si no llegan a la consulta

CONSULTORIO DE ALTO RIESGO

- En **cada Maternidad es prioritaria** la existencia de un espacio destinado especialmente al **CONSULTORIO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**
 - Ello conlleva por objetivo la **prevención y tratamiento de patologías**
- El **seguimiento trasciende** el espacio de dicho consultorio, siendo fundamental que exista un manejo multidisciplinario, incluyendo la articulación con otros servicios de apoyo y especializado en servicio social, contemplando el **ALTO RIESGO SOCIAL**
- Por ello, consideramos fundamental **evaluar el riesgo en forma local**, en base al análisis de los resultados perinatales de esa población e incluir también a determinadas pacientes para un seguimiento específico, con el objetivo de mejorar la salud perinatal

INDICADORES DE RESULTADOS

N° de maternidades en donde funcionan Consultorios de este tipo de manera adecuada

N° de Consultas en Consultorio de Alto riesgo para embarazadas mes a mes y % de aumento al final del proceso

Fortalecimiento de la Atención del Recién Nacido

- ❖ Control adecuado del R.N. (recepción, internación conjunta, detección de patologías)
 - ❖ Fortalecimiento de la lactancia materna exclusiva
 - ❖ Garantizar el alta conjunta
 - ❖ Determinación de pacientes con riesgo social
 - ❖ Fortalecer Referencia y Contrarreferencia

PESQUISA NEONATAL

❖ **Detección precoz neonatal**

- ❖ **Cobertura del 100%** de los RN vivos del sector público
- ❖ **Ampliar a la detección a:** Galactosemia, Hiperplasia Suprarrenal y Biotinidasa – (Confirmando su diagnóstico)
 - ❖ **Seguimiento clínico** de casos positivos
 - ❖ **Tratamiento** de los casos diagnosticados (del 1º mes de vida)
 - ❖ **Evaluación periódica** nacional (cobertura poblacional y de los resultados).
- ❖ **Crear el Registro Nacional** para estas patologías

RETINOPATÍA DEL PREMATURO - ROP

- ❖ **Prevención** de la principal causa de Ceguera de la infancia por Retinopatía del Prematuro – ROP
- ❖ **Factores de riesgo:** prematurez, bajo peso y administración de oxígeno
- ❖ **Asociada** al aumento de la sobrevivencia de prematuros y a la calidad de la atención neonatal

Objetivos

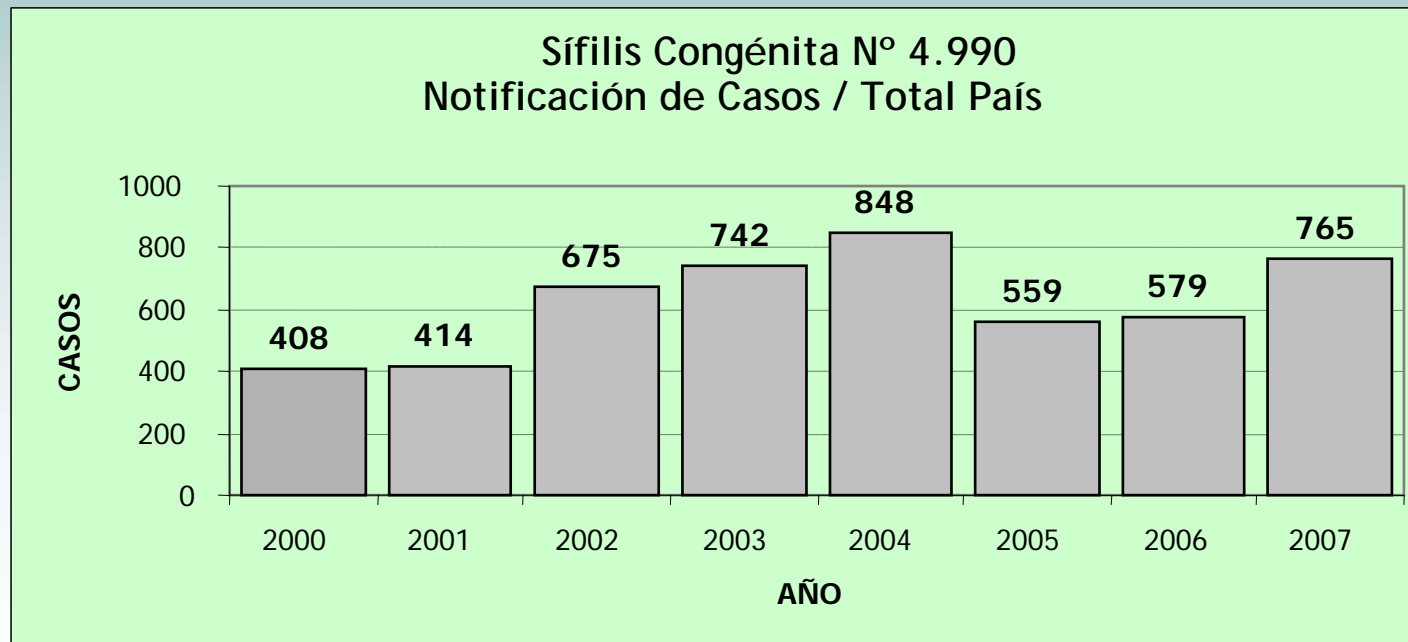
- ❖ Difundir el problema
- ❖ Mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del ROP
- ❖ Realización de diagnóstico de situación inicial
- ❖ Capacitación e implementación de medidas correctivas
- ❖ Medición de resultados. Logros y propuestas

TRANSMISIÓN VERTICAL

- ❖ Las Infecciones de transmisión vertical (VIH SIDA, Sífilis y Chagas) son consideradas entre las causas principales de enfermedad en nuestro país, con gran impacto a nivel socio-sanitario y económico, repercutiendo en la salud integral de la mujer y el niño
 - ❖ Es prioritario enfatizar la necesidad de incorporar la infección chagásica dentro de este grupo, para el desarrollo de estrategias integradas de prevención y control
 - ❖ Así también considerar las infecciones por estreptococo betahemolítico grupo B (EGB) que tiene selectiva patogenicidad para la mujer embarazada y el RN y la Hepatitis B, debido a que la transmisión perinatal origina un número importante de portadores crónicos

SIFILIS CONGÉNITA

- ❖ Según datos de OPS, casi **330.000 embarazadas** que padecen esta enfermedad no reciben tratamiento, estimándose que nacen alrededor de **110.000 niños con sífilis congénita**
- ❖ Estos **niños que nacen infectados**, si no reciben tratamiento inmediato, desarrollan **retraso en su maduración, daño de órganos e incluso la muerte.**
- ❖ En **Argentina** la región de mayor prevalencia en **sífilis congénita es el NEA**, y los casos notificados en el **país por años:**



Fuente: Dirección de Epidemiología - Ministerio de Salud de la Nación

SIFILIS CONGÉNITA

La **detección oportuna y el tratamiento prenatal** eficaz de la sífilis es la **intervención en salud pública más exitosa en términos COSTO – BENEFICIO** que se conoce

POR ELLO, ES NECESARIO UN PLAN PARA LA ELIMINACIÓN DE LA SÍFILIS MATERNA Y CONGÉNITA

OBJETIVOS

- ❖ Promover la eliminación de la sífilis congénita
- ❖ Reducir la mortalidad infantil
- ❖ Mejorar la salud materna
- ❖ Combatir el VIH – SIDA

PRIORITARIO

- ❖ PREVENCIÓN / ELIMINACIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA
- ❖ DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN (en la mujer embarazada para prevenir la transmisión materna)

SIFILIS CONGÉNITA

- ❖ Una intervención oportuna debe la determinación de VDRL en el período pre-concepcional o en la primera consulta.
 - Si la primera determinación se realizó antes de la semana 20, se le repetirá en el tercer trimestre
 - En las mujeres no controladas previamente se deberá efectuar el estudio serológico en el momento del parto

- ❖ La ley de pesquisa neonatal 26.279 que rige desde septiembre de 2007, obliga a los hospitales públicos y privados a extraer una muestra de sangre a los recién nacidos para detectar nueve enfermedades, entre ellas sífilis y chagas
- ❖ La sífilis y chagas congénito deben ser consideradas enfermedades de notificación obligatoria

CHAGAS CONGÉNITA

- ❖ En Argentina habría cerca de 2,5 millones de personas infectadas
- ❖ La incidencia de la transmisión congénita de madres con serología positiva tiene un rango entre 2,6 % a 10,4%
- ❖ Se calcula que entre el 1% y 4 % de los hijos de madres con enfermedad de Chagas crónica padecerán enfermedad congénita

❖ La placenta resulta una barrera efectiva para el paso del parásito al feto. A pesar que la transmisión al feto es más probable en el periodo agudo de la enfermedad, debido a la mayor magnitud de la parasitemia, la mayoría de los casos se producen en mujeres embarazadas con enfermedad crónica

CHAGAS CONGÉNITA

En referencia a la mujer y su entorno familiar, se debe considerar como grupos meta:

- Mujeres en situaciones de riesgo de infección chagásica en áreas rurales y urbanas
- Embarazadas infectadas y no infectadas
- Hijos de madre infectada
- Grupo familiar del caso índice
- El diagnóstico y tratamiento de un niño en área endémica, demanda que se asegure el adecuado tratamiento antivectorial de su domicilio y localidad para evitar re-infecciones, el sistema de salud debe dar la oportunidad de diagnóstico y atención a todos los hijos de una madre infectada

- ❖ Más de la mitad de los RN con enfermedad de Chagas congénito se presentan asintomático al momento del nacimiento
- ❖ Curar a un niño significa evitar morbi-mortalidad inmediata y/o en la edad adulta por esta causa
- ❖ En el caso de las niñas evitar la posibilidad de nuevos casos de Chagas congénito
- ❖ En la sociedad aumentar el número de donantes potenciales de sangre y órganos

VIH - SIDA

- ❖ En Argentina el número de mujeres afectadas crece a mayor velocidad que el número de hombres. La relación varón - mujer que era de 19 a 1, al comienzo de la epidemia en 1987, actualmente es de 3 a 1
- ❖ La mayoría de las mujeres adquiere la infección en la adolescencia por contacto heterosexual y un tercio se contagia por vía sanguínea a través del consumo de drogas endovenosas
- ❖ El SIDA en niños representa hoy el 7 % del total de casos en la Argentina y más del 90 % de ellos se infecta en el periodo perinatal

- ❖ Es prioritario implementar programas de diagnóstico precoz para la mujer embarazada, la categorización del estadio de infección materna para la administración del tratamiento antirretroviral adecuado junto a la implementación de distintas medidas destinadas a minimizar el contacto del feto y del recién nacido con sangre y otros fluidos corporales maternos, para disminuir la transmisión vertical

VIH - SIDA



La ley 25.543 obliga al personal de salud a ofrecer el test diagnóstico para el VIH a toda embarazada, con la finalidad de asegurar un diagnóstico precoz, lo que brindara la posibilidad de realizar las intervenciones necesarias para evitar que el recién nacido se infecte

Estreptococo Betahemolítico grupo B (EGB)

❖ Las infecciones ocasionadas por estreptococo betahemolítico grupo B (EGB) tiene una selectiva patogenicidad para la mujer embarazada y el recién nacido representando una causa significativa de morbilidad materna y de morbi- mortalidad neonatal

❖ En abril de 2008, se sanciono una ley nacional 26.369 que hace obligatoria la detección del EGB, la cual considera realizar cultivo universal vaginal y rectal para la búsqueda de EGB, a todas las embarazadas a partir de las 35 semana de gestación

❖ La interrupción de la transmisión vertical del EGB depende de que se efectúe el tratamiento materno antes de la colonización fetal. Se ha demostrado que la administración de ampicilina o penicilina por vía endovenosa durante las 4 horas previas al parto y hasta el alumbramiento, profilaxis antibiótica intraparto (PAI), interrumpe la transmisión madre-hijo

Hepatitis B

- ❖ La probabilidad de transmisión perinatal del virus de hepatitis B a un lactante es de 10 % para las madres positivas para el antígeno HBs, pero negativas para el antígeno HBe y de 70% a 90% cuando la madre es positiva para ambos antígenos
- ❖ La transmisión en el período neonatal tiene mayor probabilidad de resultar en infecciones crónicas

Prevención de la infección perinatal

- ❖ La serología para hepatitis B (HBs Ag), debe ser solicitado en la primera consulta obstétrica
- ❖ Si la paciente tiene factores de riesgo para adquirir hepatitis B, durante el embarazo, debe vacunarse y repetir el control de HBs Ag, en el último trimestre

Centro de Lactancia Materna

- ❖ Un CLM es un espacio en el que, con una política activa y personal especialmente entrenado, **se promueve, protege y apoya la lactancia materna**
- ❖ Se define como un **lugar vinculado a una Maternidad** y su **servicio de Neonatología**, donde se **extrae, conserva y distribuye leche materna** para la administración a su propio hijo y eventual donación a Banco de Leche Humana

OBJETIVOS GENERALES

Fomentar la Lactancia materna y la utilización de leche humana en la alimentación de prematuros y RN

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimular la Lactancia materna, disminuir la utilización de fórmulas, disminuir la morbi-mortalidad neonatal

Centro de Lactancia Materna

❖ Localización

- ✓ 100 mayores maternidades

❖ Justificación

- ✓ Fomentar la lactancia materna y la utilización de leche humana en la alimentación de prematuros y RN

❖ Objetivo

- ✓ Estimular la lactancia materna
- ✓ Disminuir la utilización de fórmulas
- ✓ Reducir la morbilidad neonatal

❖ Metas

- ✓ 100% de alimentación de Prematuros y RN con leche materna, en los cuales no haya contraindicación

Lactancia Materna

Bancos de Leche Materna

- ✓ Fortalecimiento de los bancos de leche existentes y en desarrollo
 - ✓ Elaboración de una red de distribución de leche de banco
- ✓ Diseño de una investigación para determinar costo-beneficio e impacto en indicadores de morbi-mortalidad infantil

Cardiopatías Congénitas

SITUACIÓN PREVIA:

- ❖ El 1% de los nacimientos vivos: Cardiopatía Congénita → 6.100
- ❖ De ellos el 70% son o van a ser quirúrgicos: → 4.270 por año
- ❖ **En la Argentina se efectuaban hasta el 2007**
 - **2.9000 – 3.000** operaciones cardíacas por año

❖ DEMANDA INSATISFECHA:

En lista de espera: 1.100

❖ RESPUESTA a Demanda Insatisfecha

- ❖ Cada centro aumenta el número de operaciones
- ❖ Apertura de registros a nuevos efectores
- ❖ Articulación Público – Privado

Cardiopatías Congénitas

❖ ACCIONES 2008

- ❖ Aumentar el número de prestaciones en centros existentes:
financiamiento de **1.083 cirugías**
- ❖ Compra de equipamiento para **10 Centros**

INVERSIÓN

- ❖ PAGO POR 1.083 PRESTACIONES: **\$ 16 MILLONES**
 - ❖ EQUIPAMIENTO A 10 CENTROS: **\$ 15 MILLONES**
- TOTAL: \$ 31 MILLONES**

Cardiopatías Congénitas

Objetivo

- ❖ Disminuir la mortalidad específica por CC, brindando a los niños el tratamiento oportuno y el seguimiento adecuado

Objetivos específicos

- ❖ Mejorar el diagnóstico prenatal y postnatal de las CC
- ❖ Estabilización correcta en las UTIN
- ❖ Derivación oportuna y segura a los centros de referencia
- ❖ Regionalizar la atención: organización de la red
- ❖ Creación de un Centro Coordinador Nacional
- ❖ Registro Nacional de CC

Cardiopatías Congénitas
Centros de Referencia Nacionales



SINÓPSIS DE LA PROPUESTA

❖ 1° NIVEL DE ATENCIÓN

Captación temprana de la embarazada

Control prenatal adecuado y de calidad

Optimización de Recursos Humanos

Incorporación de nuevos actores socio-sanitarios

❖ 2° - 3° NIVEL DE ATENCIÓN

Maternidades Seguras

- Alta Conjunta
- Consultorio de Alto riesgo
- Centros de Lactancia Materna
- Fortalecimiento en la atención del Recién Nacido

Fortalecimiento de las CONE

Fortalecimiento de la Referencia y Contrarreferencia

POR ELLO, LOS ESFUERZOS DEBEN ESTAR EN LAS CAUSAS, A FIN DE PREVENIR LAS CONSECUENCIAS

METAS

❖ A sabiendas, que si bien en la Argentina los porcentajes de mortalidad infantil se redujeron respecto de 2003 (19 por mil), otros países latinoamericanos como **Chile** y **Cuba** presentan índices de **8,8 por mil** y **5,3 por mil**, respectivamente

PLANIFICACIÓN 2008 - 2011

❖ MORTALIDAD INFANTIL

Del total de **muertes infantiles** (9.000), el **60%** de ellas (5.400) responden a **CAUSAS PREVENIBLES**. Trabajando sobre tales causas, **podemos descender a un dígito la tasa de mortalidad infantil**

❖ MORTALIDAD MATERNA

Del total de **muertes maternas** (330), el **60%** de ellas (198) responden a **CAUSAS PREVENIBLES**. Trabajando sobre tales causas, **podemos descender la tasa de mortalidad materna**



Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION