

# Sabes por qué mueren los niños en nuestro país

---

7º Congreso Argentino de Pediatría  
General Ambulatoria

Salta, 7 de Noviembre 2018

Dra Ana M. Speranza

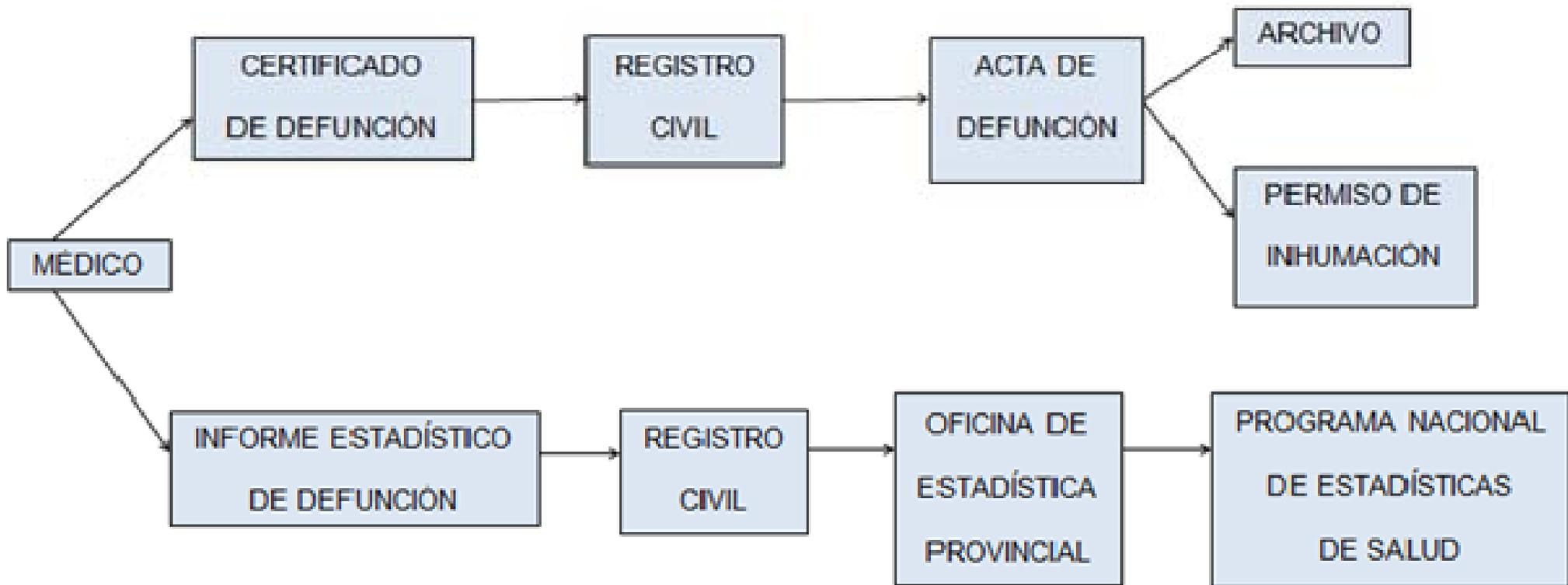
# Nacimientos Argentina

## según sector de ocurrencia

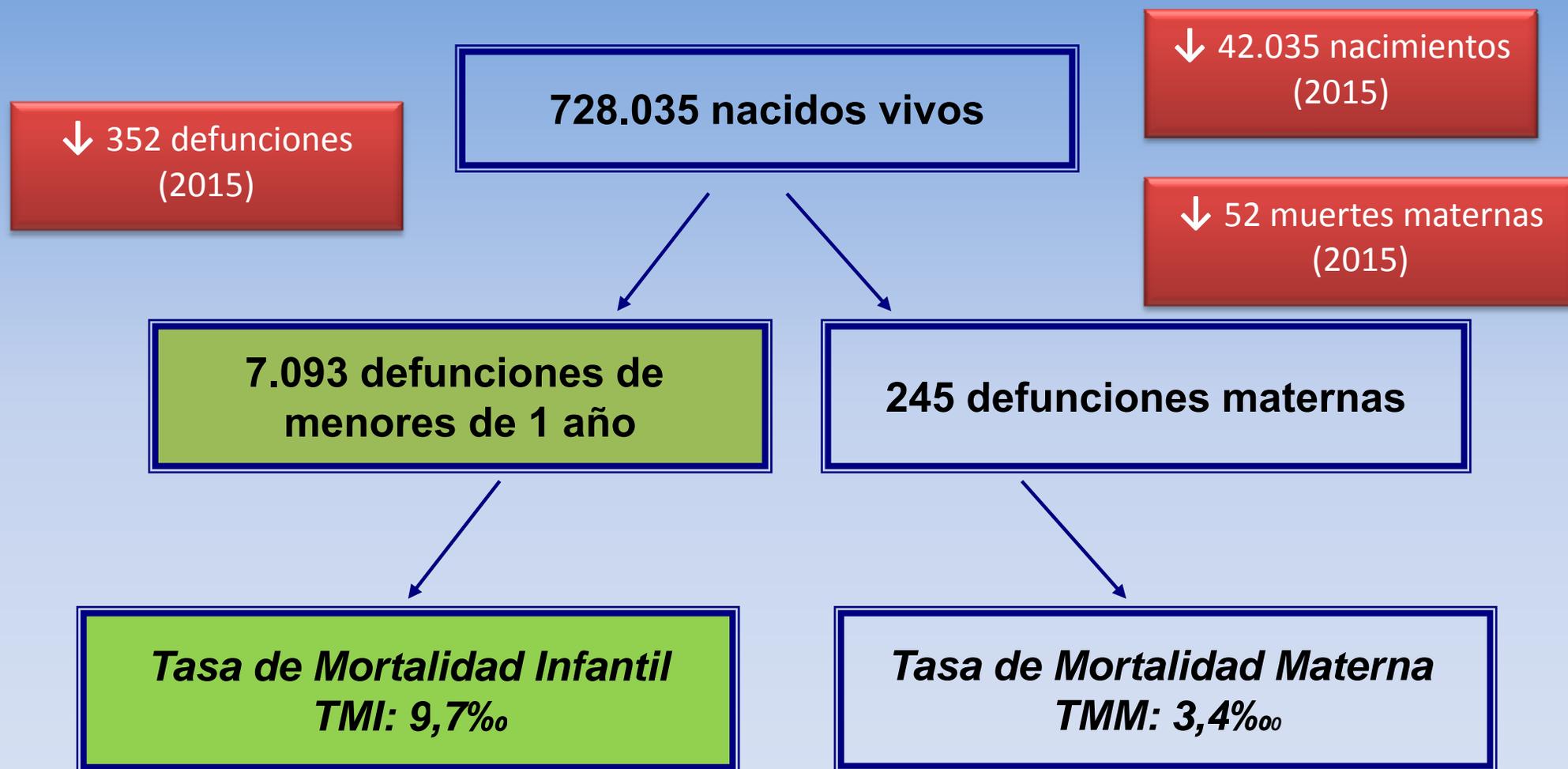
DEIS 2016

Total de nacimientos	728.035	100%
SECTOR OFICIAL (Sistema público)	419.878	57.6%
SECTOR NO OFICIAL(Sector de OS y Prepagos clínicas y sanatorios)	303.127	41.6%
NACIMIENTOS EN DOMICILIO	2.293	0.32%
OTRO LUGAR Y SIN ESPECIFICAR	2.737	0.38%

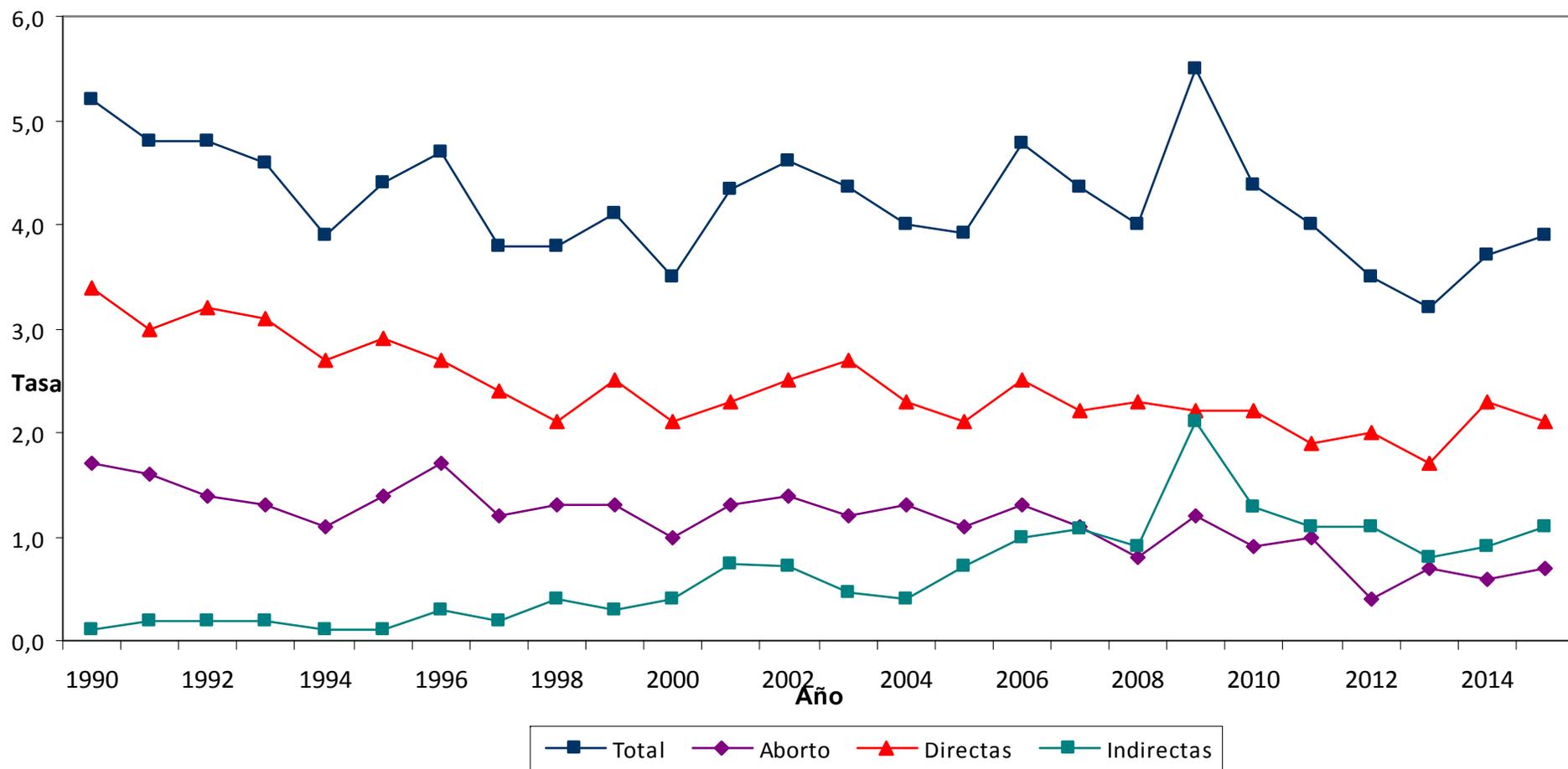
# ¿Cómo se obtiene el dato de mortalidad infantil?



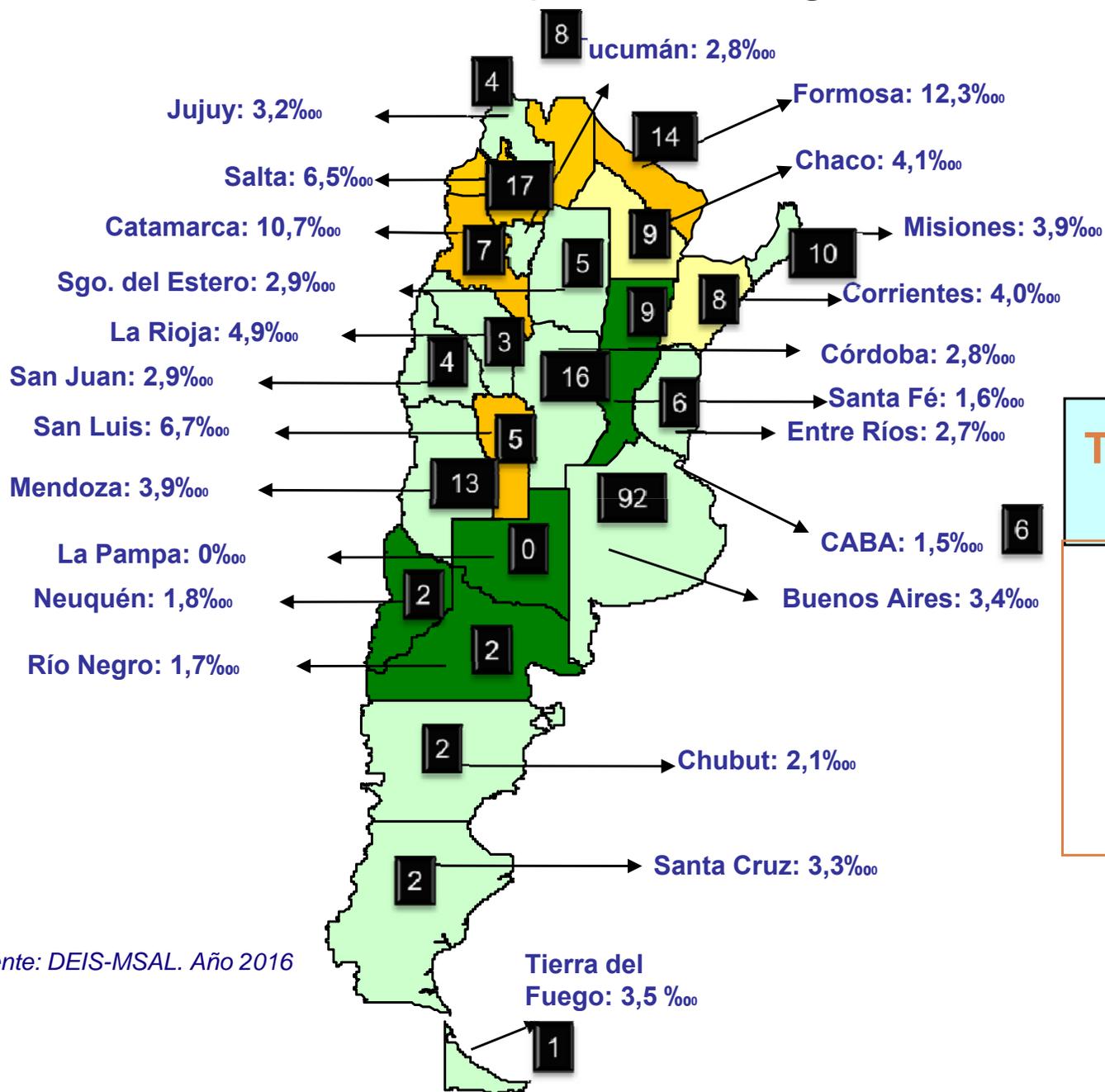
# Estadísticas Vitales Argentina . 2016



# Evolución de la Mortalidad Materna según grupos de causas. Total País. Años 1990 a 2015



# Tasa de Mortalidad Materna República Argentina. 2016



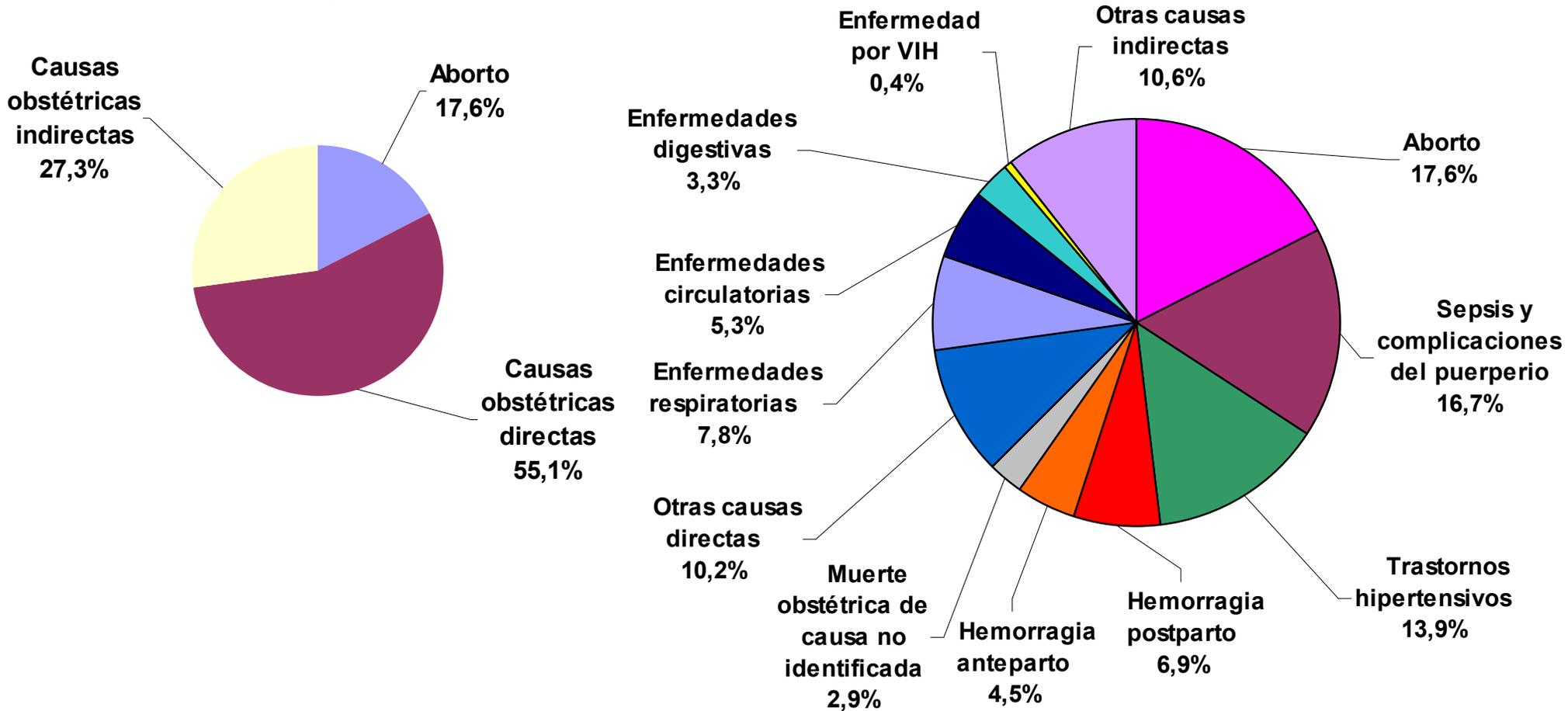
**TMM Total País  
2016: 3,4‰**



Fuente: DEIS-MSAL. Año 2016

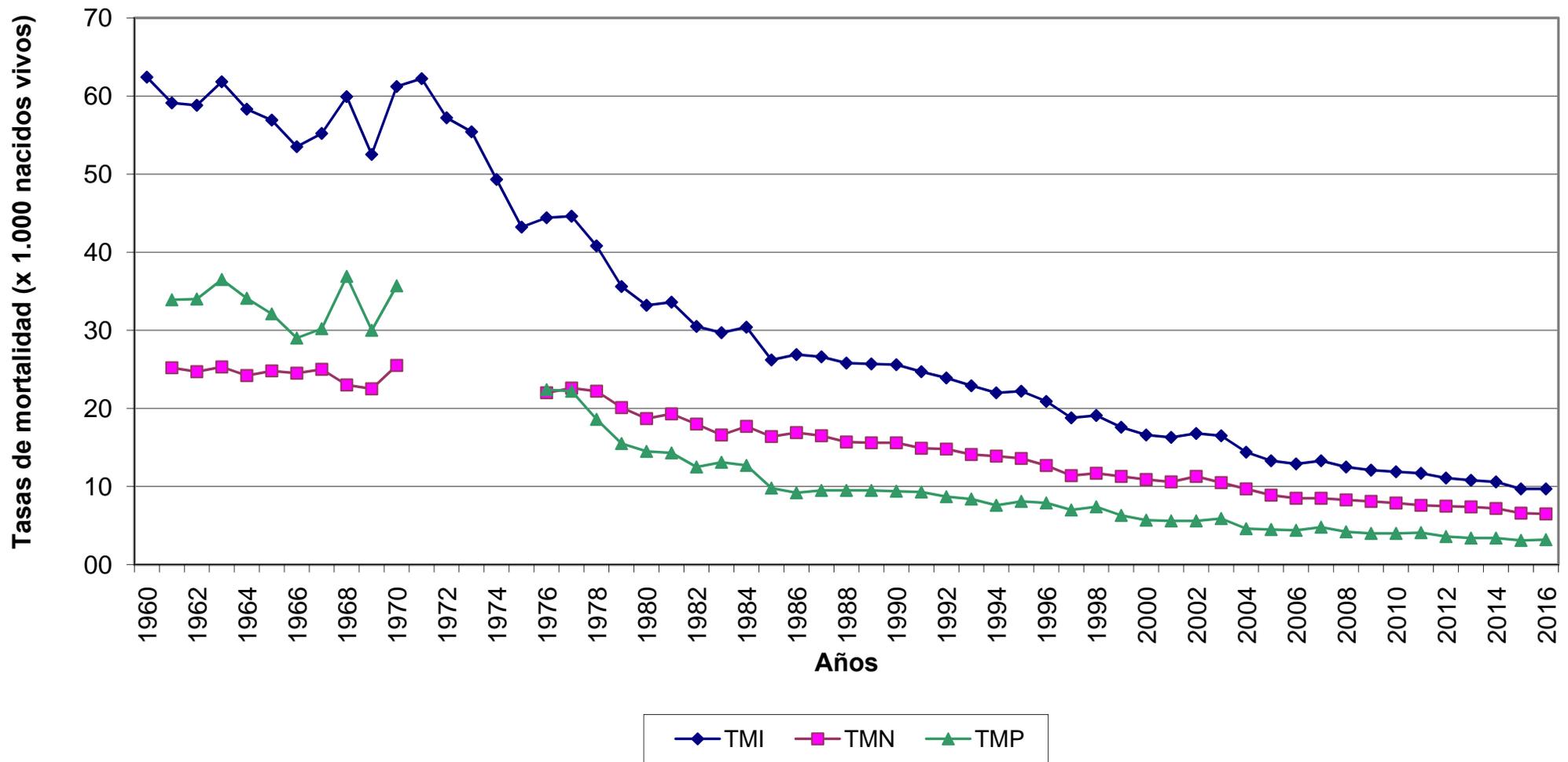
# Defunciones Maternas según causa y Mortalidad Proporcional. Total País. Año 2016.

N: 298

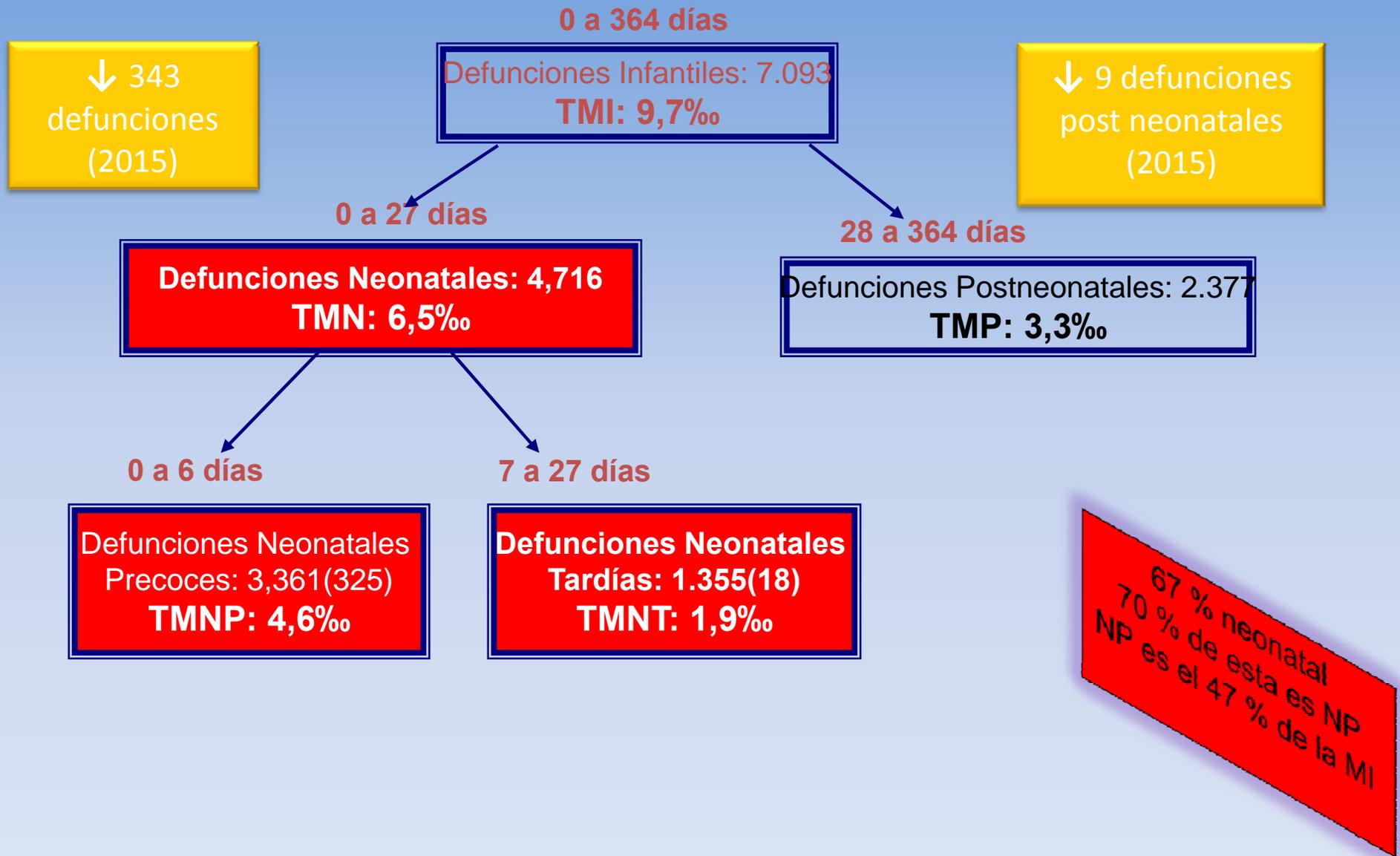


Fuente: DEIS. MSAL. Año 2016

# Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil y por componentes. Total país. 1960 - 2016

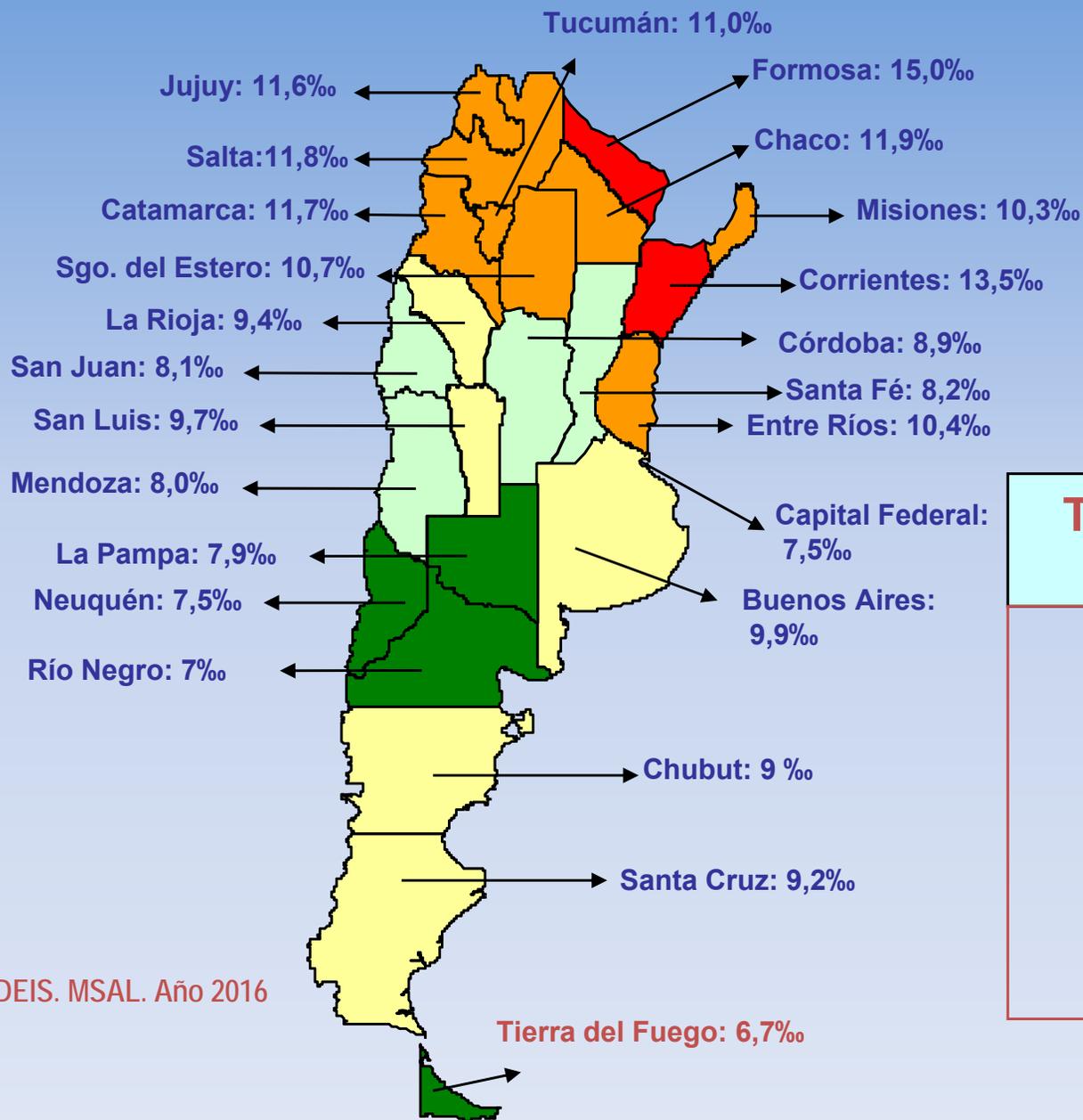


# Mortalidad Infantil según componentes . Argentina 2016



# Tasa de Mortalidad Infantil

## República Argentina. 2016

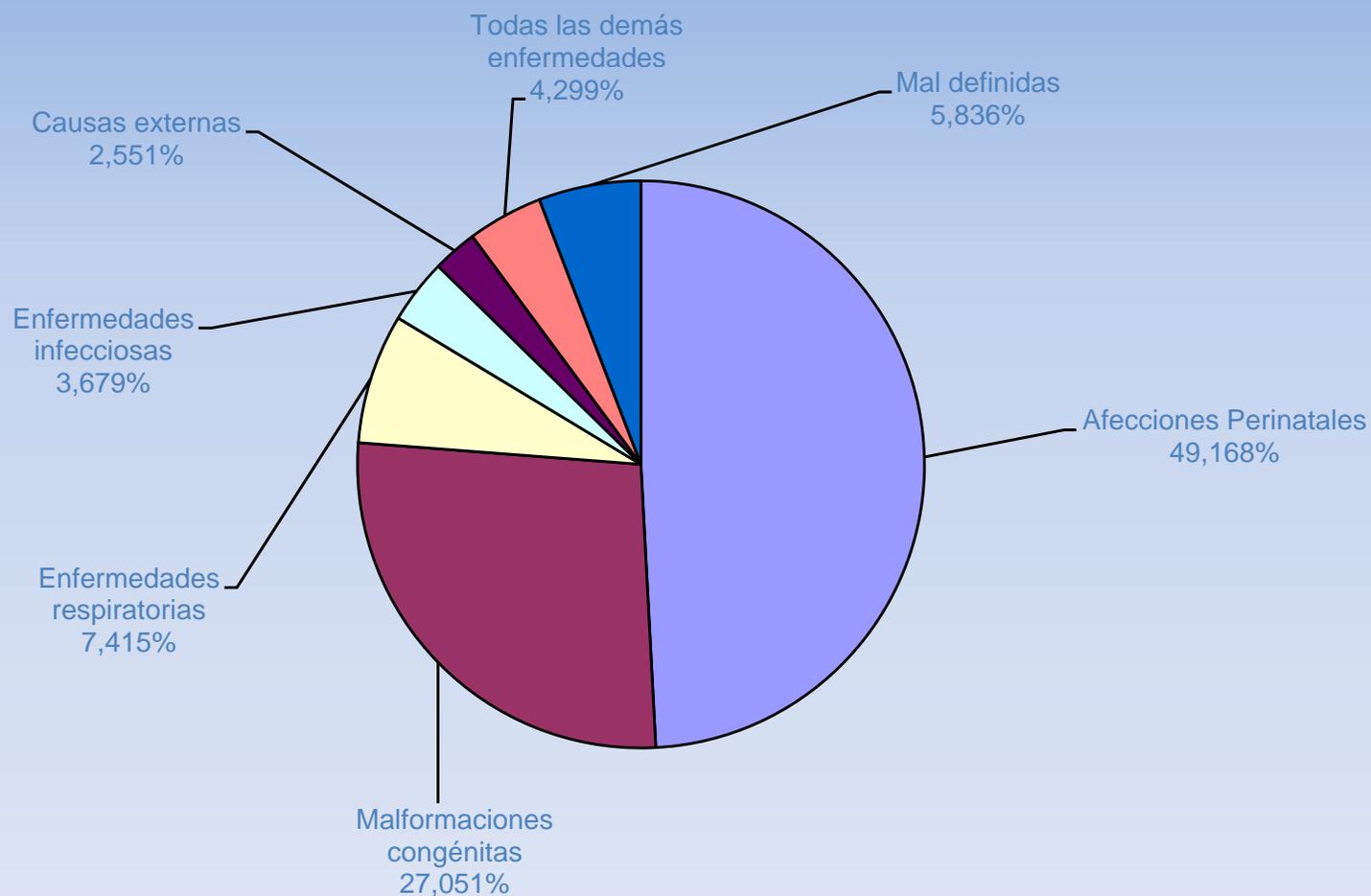


**TMI Total País**  
2016: 9,7‰



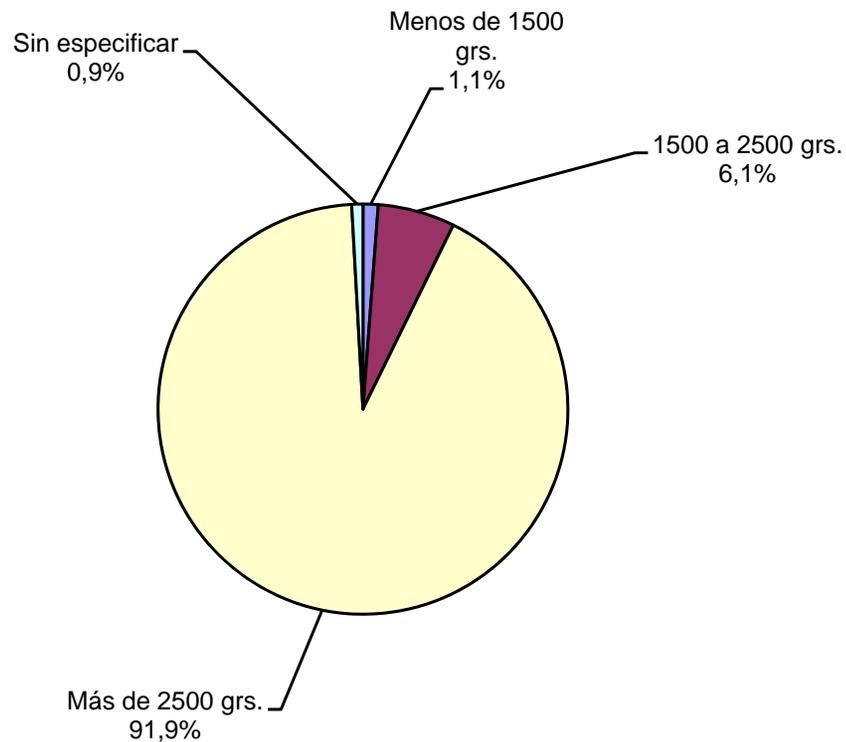
Fuente: DEIS. MSAL. Año 2016

# Defunciones Infantiles según causa y mortalidad proporcional: Total País. Año 2016

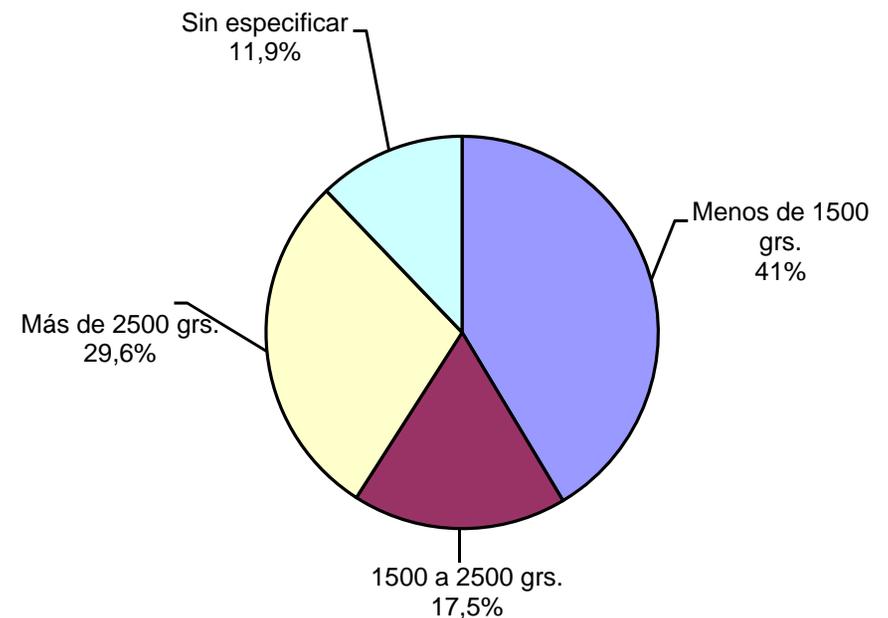


# Importancia de las defunciones infantiles con peso al nacer menor a 1.500 grs.

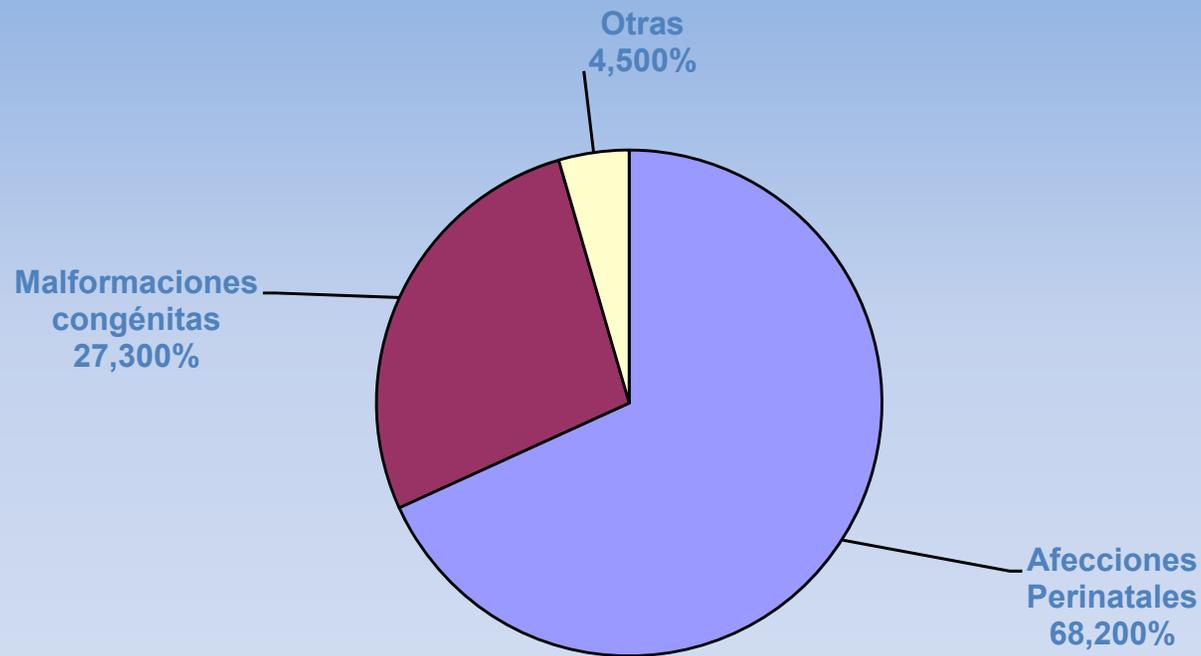
Nacidos vivos según intervalo de peso al nacer



Defunciones infantiles según intervalo de peso al nacer

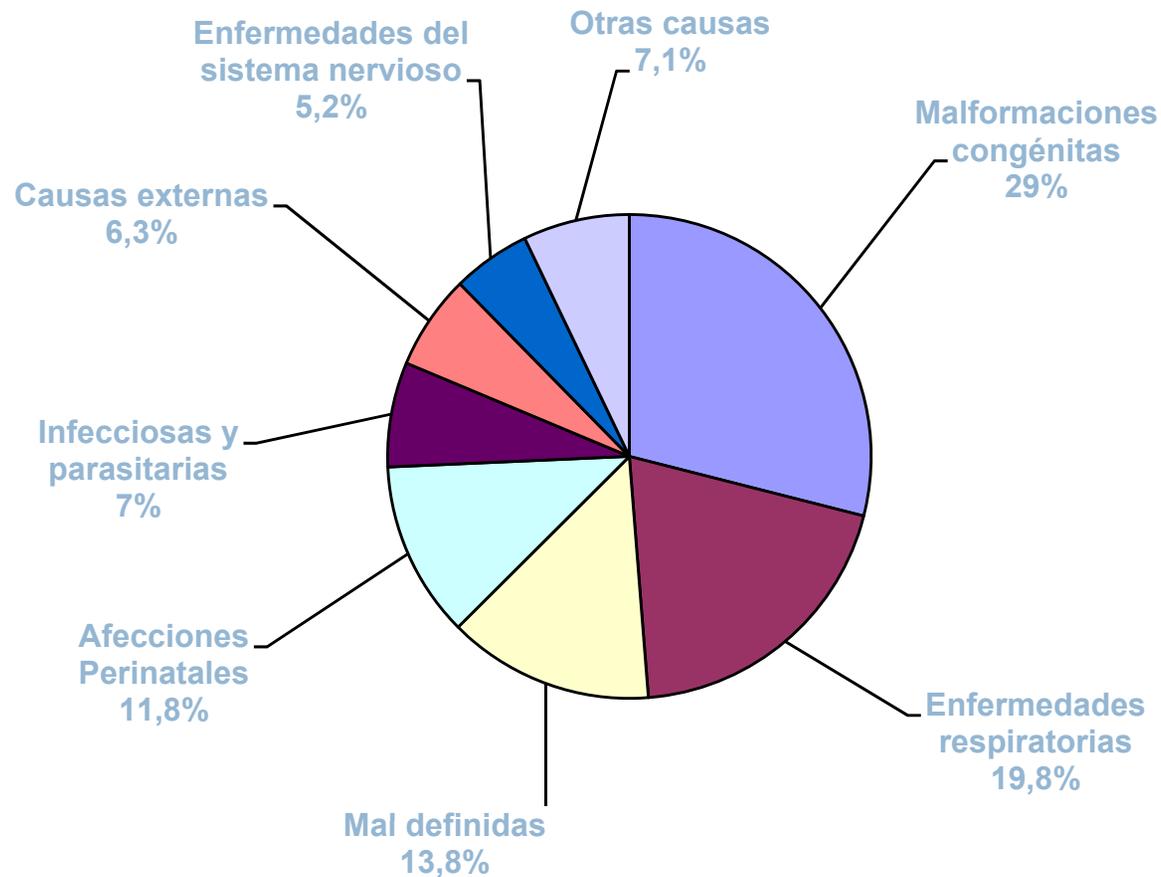


# Defunciones Neonatales según causa y Mortalidad Proporcional. Total País. Año 2016

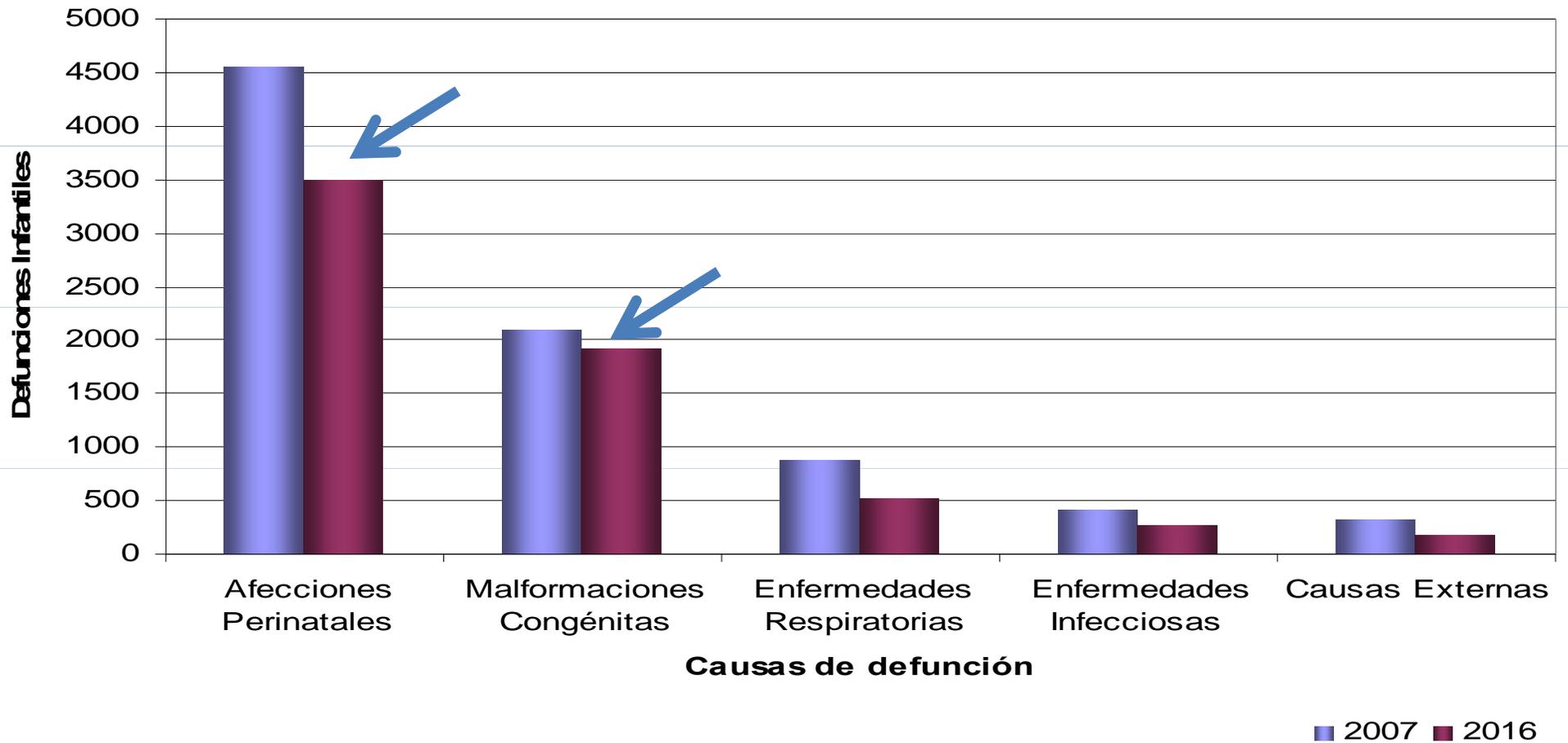


Fuente: DEIS. MSAL. Año 2016

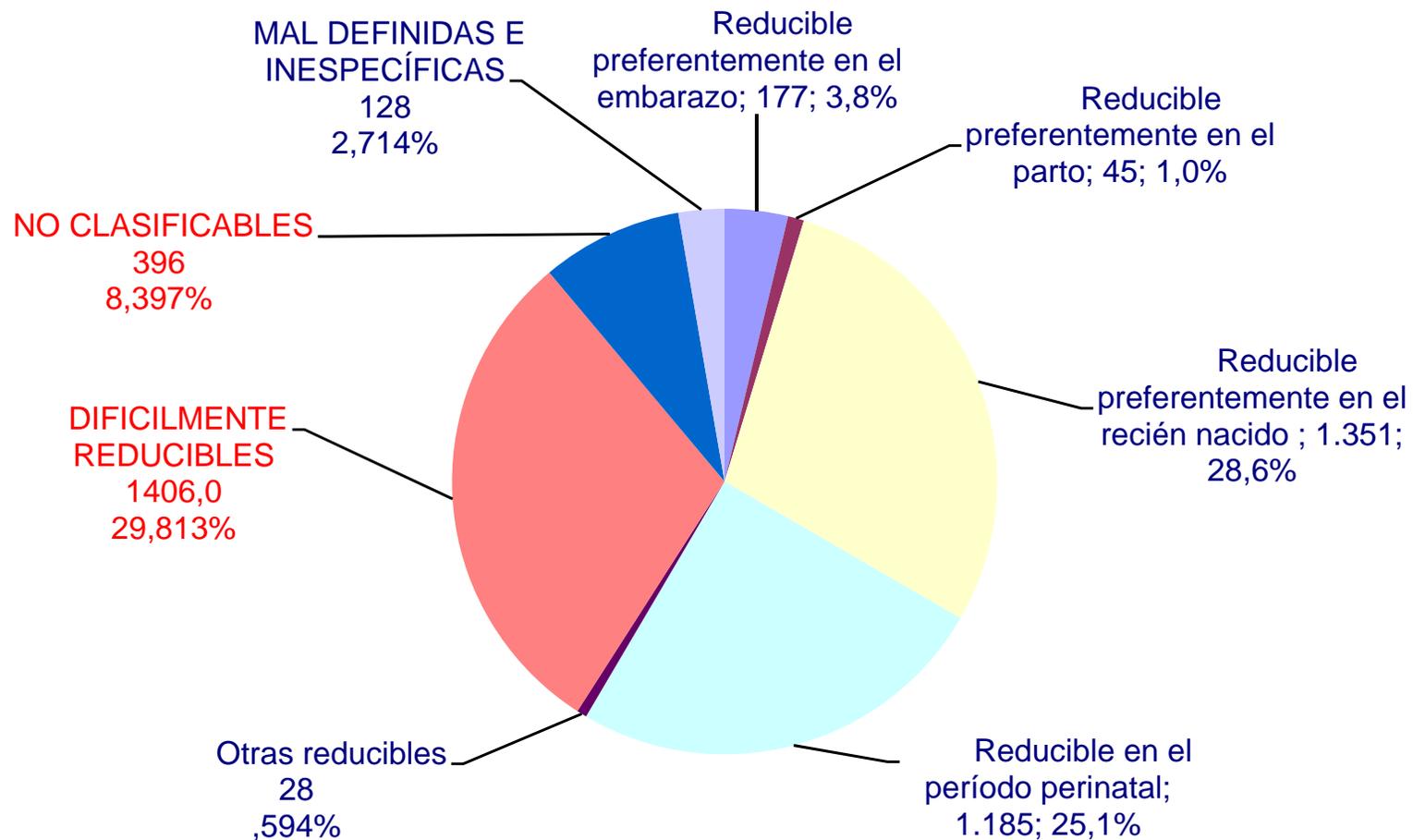
# Defunciones Postneonatales según causa y Mortalidad Proporcional. Total País. Año 2016



# Comparación de la mortalidad infantil según causas. Total País. República Argentina. Años 2007 y 2016



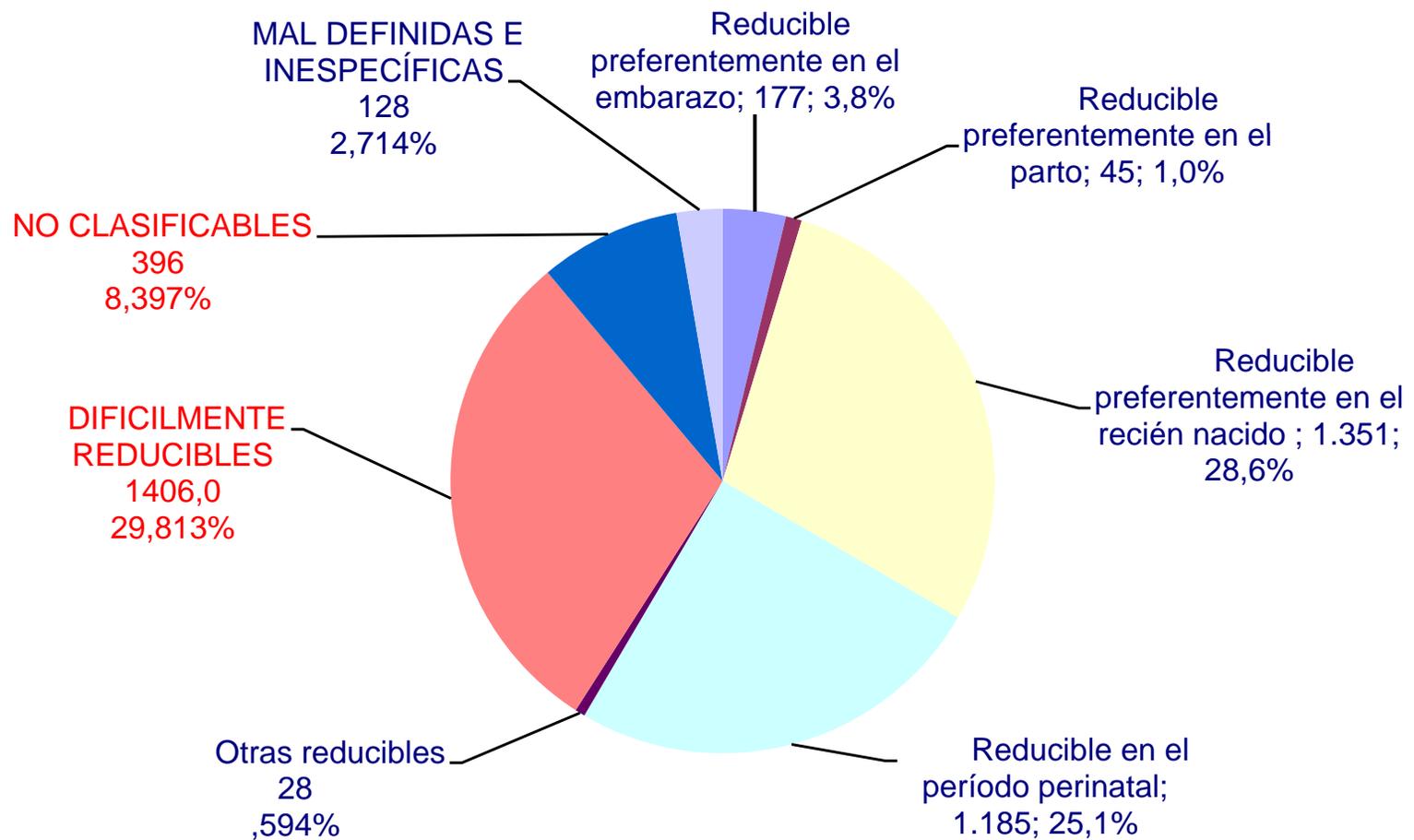
# Mortalidad Neonatal según criterios de reducibilidad – República Argentina - 2016



**59,1% REDUCIBLES**

Fuente: DEIS. MSAL. Año 2016

# Mortalidad Postneonatal según criterios de reducibilidad – República Argentina - 2016



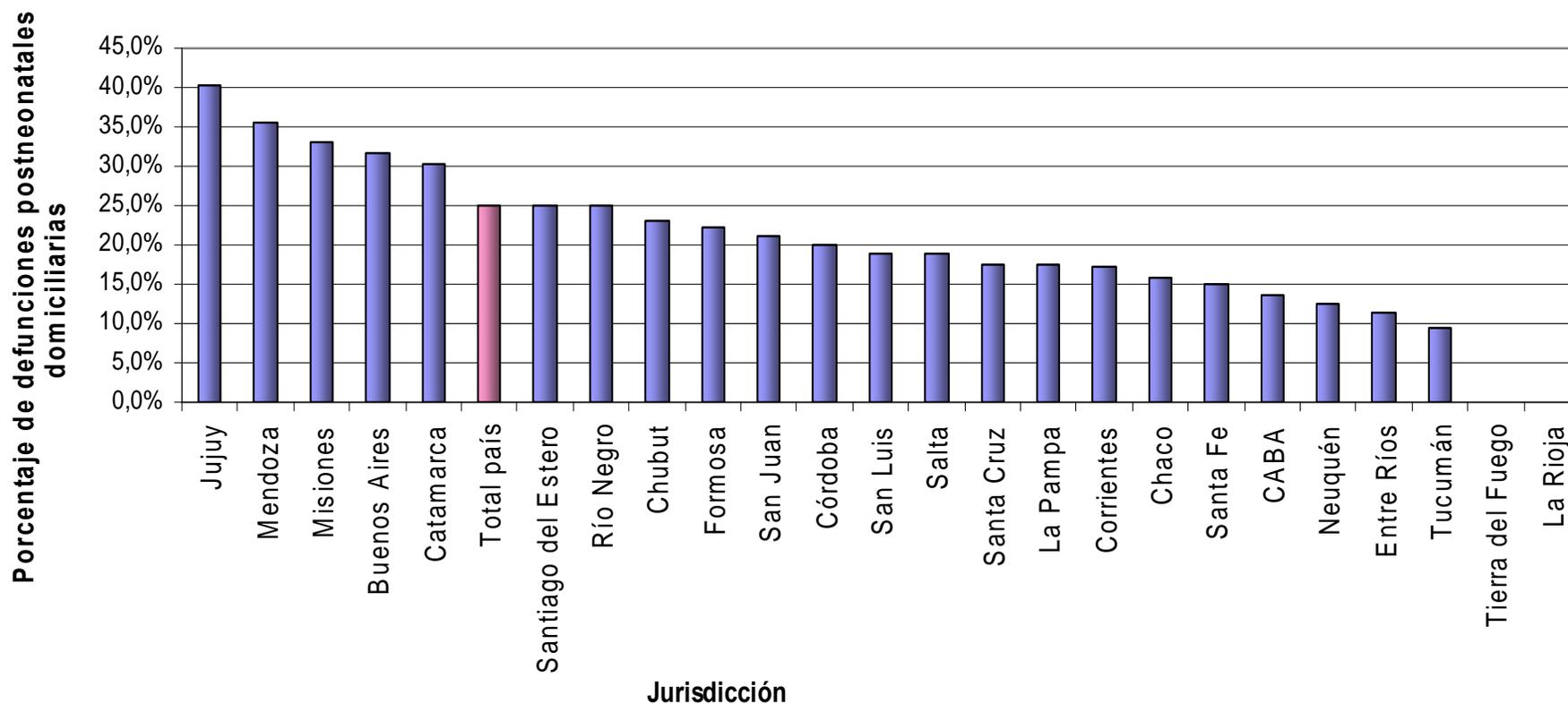
**66,6% REDUCIBLES**

Fuente: DEIS. MSAL. Año 2015

# Muertes según Sector: oficial - no oficial o en domicilio. Año 2016.

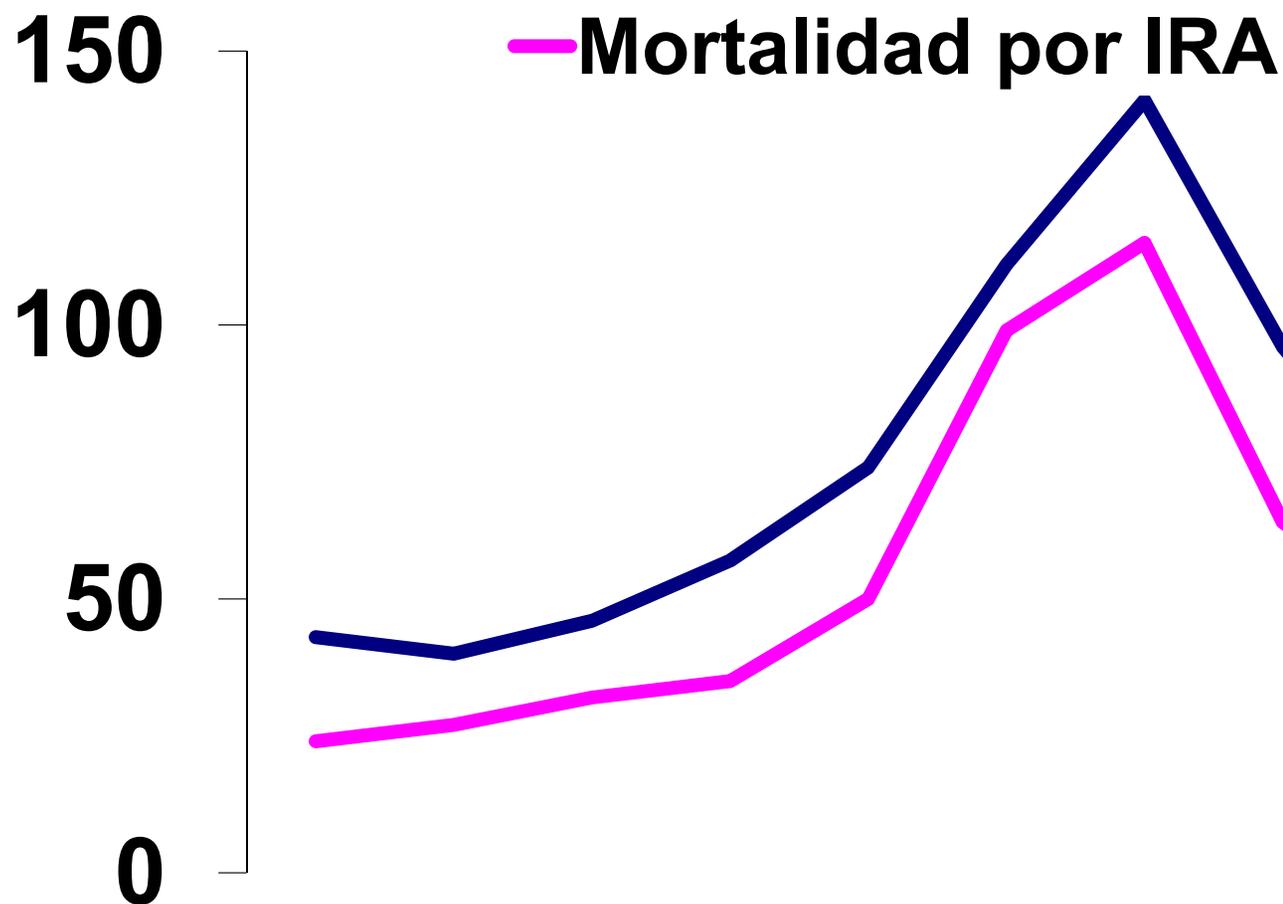
Total de defunciones	7.093	100%
SECTOR OFICIAL (Sistema público)	4.313	61%
SECTOR NO OFICIAL(Sector de OS y Prepagos)	1.966	28%
MUERTES DOMICILIARIAS	709	10%
OTRO	105	1%

# Porcentaje de defunciones postneonatales domiciliarias según jurisdicción. Total País y jurisdicciones. Año 2016.



Fuente: DEIS. MSAL. Año 2016

# Comparación del comportamiento estacional de la mortalidad postneonatal por enfermedad respiratoria y mortalidad domiciliaria



Fuente: DEIS. MSAL. Año 2016

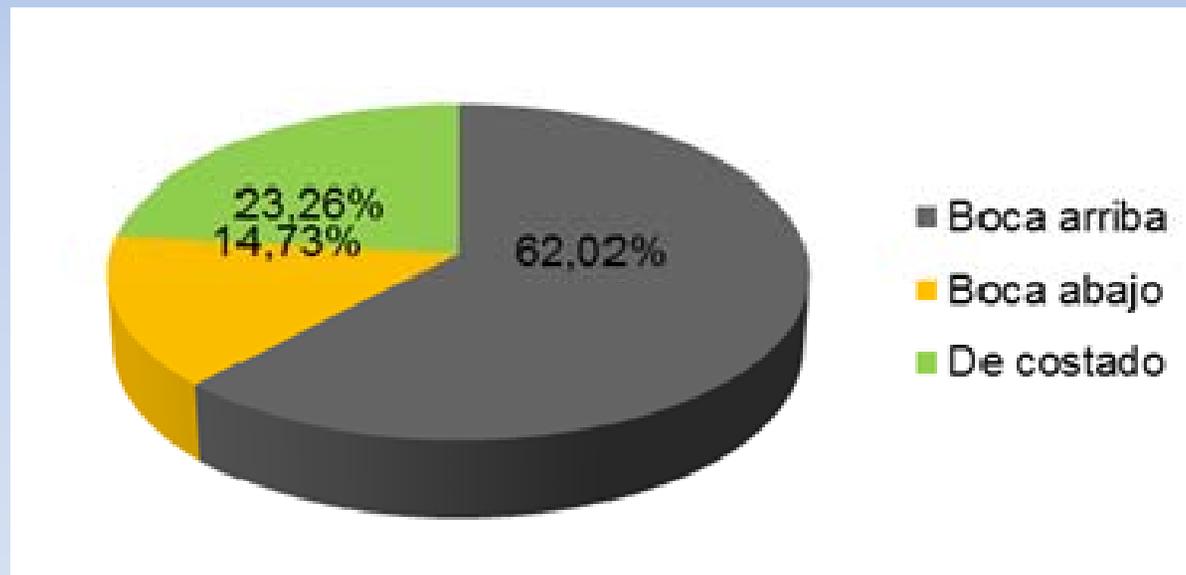
# Causas de muerte en la MD. Año 2016.

TODAS LAS CAUSAS	709	(100%)
Mal definidas	182	24,6%

El análisis de causas muestra que dentro de este grupo se destacan las defunciones por **Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)**.

## Posición al dormir:

Trabajo de investigación –Htal B. Houssay, Residentes de Pediatría 2014-2015, Vte. López, Pcia. de Bs. As



# ¿Dónde mueren los niños después del período neonatal?

Ocurren en su gran mayoría en las salas de cuidados intensivos pediátricos, en salas de internación pediátrica o en las áreas de emergencia.

En el estudio de mortalidad en menores de 5 años (EMMA) se evaluó la relación de las complicaciones que presentaron los niños fallecidos y su causalidad:

- 42 al 55% de los pacientes sufrieron complicaciones evitables.
- La complicación más frecuente fue la infecciosa (42 al 55%).

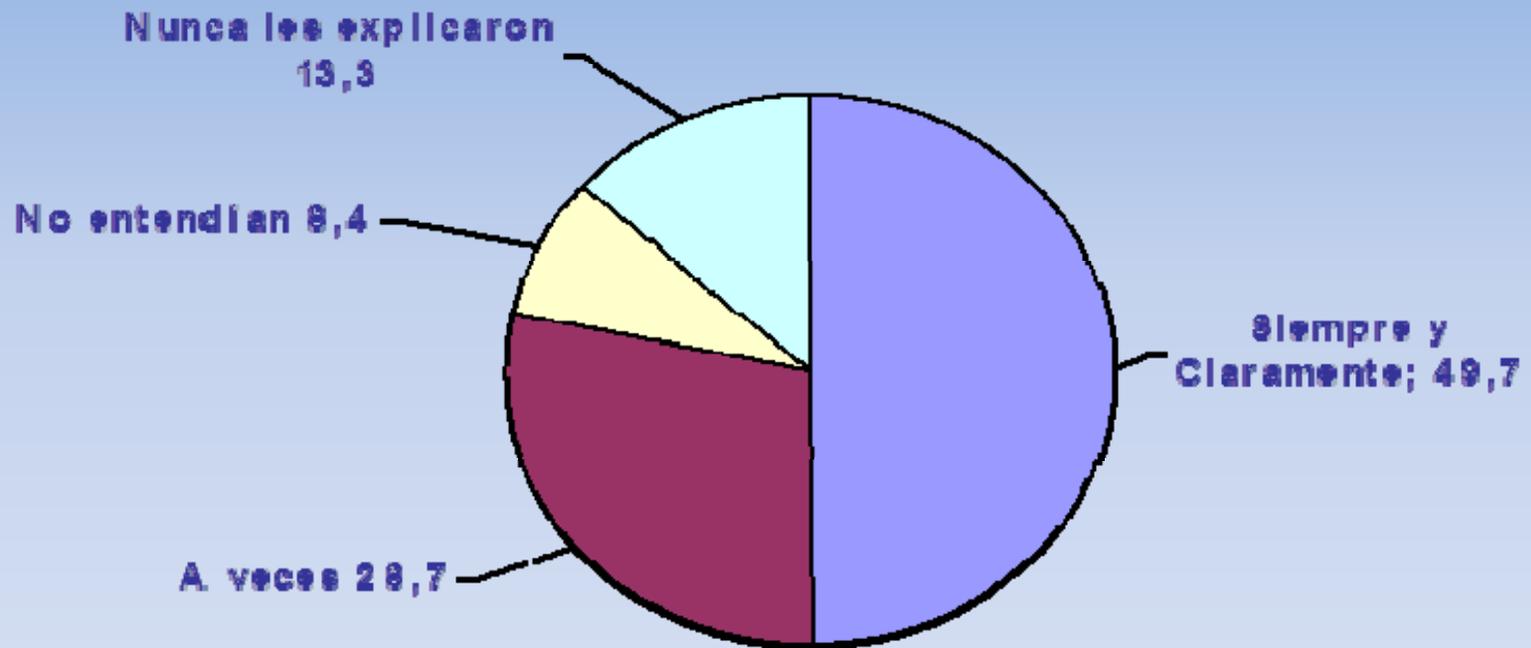
La complicación fue la causa de muerte en el 48 al 53% de los casos

# Estudio EMMA

A partir de la revisión de historias clínicas, el 68,3% refirió que en la semana previa a la defunción se había efectuado una consulta médica.

1 de cada 3 afirmó no haber recibido suficiente información sobre el problema o los riesgos de la situación del niño. Y el 33% de aquellos que sí la recibieron indicaron no haber comprendido tal información.

# Información percibida por la familia.



**TODA MUJER TIENE DERECHO A UN  
EMBARAZO PLANIFICADO Y A UN  
PARTO SEGURO Y RESPETADO**

**TODO NIÑO TIENE EL DERECHO A NACER  
EN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD QUE POR  
RIESGO LE CORRESPONDE**

# Características de las Maternidades

## Requisitos:

- Disponibilidad Quirúrgica y procedimientos obstétricos.
- Anestésica.
- Transfusión de sangre segura.
- Tratamientos médicos maternos.
- Asistencia neonatal inmediata.
- Evaluación del riesgo materno y neonatal.
- Transporte oportuno al nivel de referencia.

→ Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales  
(CONE). OMS 1986

# Maternidades Oficiales: 2003-2004

**715 Maternidades Públicas**

**Cumplimiento  
de CONEs**

**85% realizan menos de  
1.000 partos anuales  
(32% menos de 100)**

**44% cumplen CONEs**

**56% no cumplen CONEs**

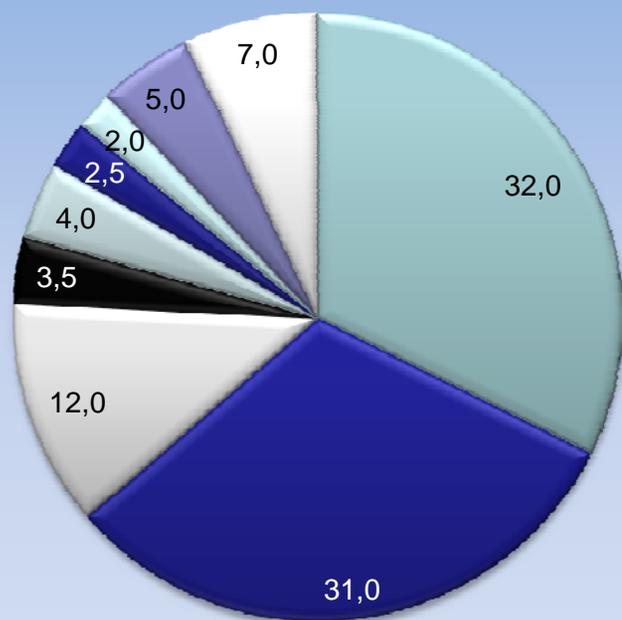
***Asisten 83% de los partos***

***Asisten 17% de los partos***

# Porcentaje de Maternidades públicas según número de partos anuales. Argentina

Comparación 2010-2011 vs. 2003-2004

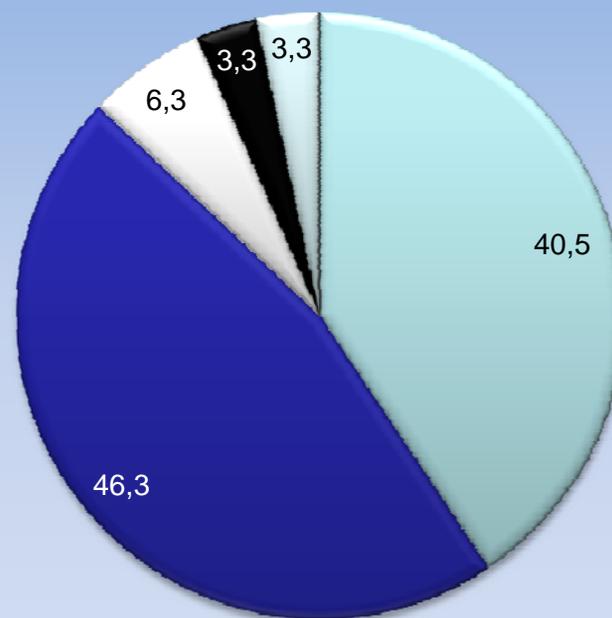
2010- 2011



**< 1000 partos: 75%**

N total 715, evaluadas 630

2003- 2004

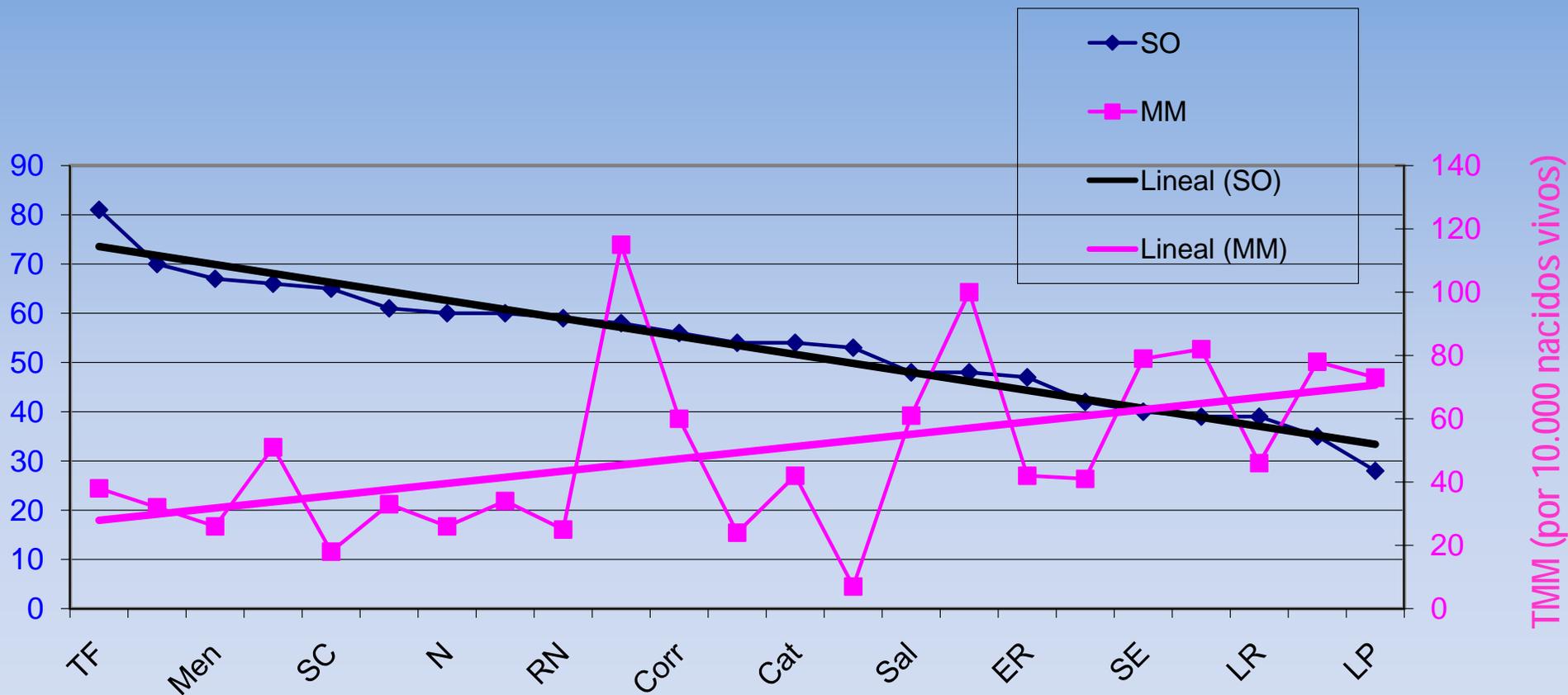


**< 1000 partos : 86,8%**

N total 876, evaluadas 768

# Relación entre cumplimiento de las CONE y Tasa de Mortalidad Materna por jurisdicción

Porcentaje de cumplimiento de las CONEs

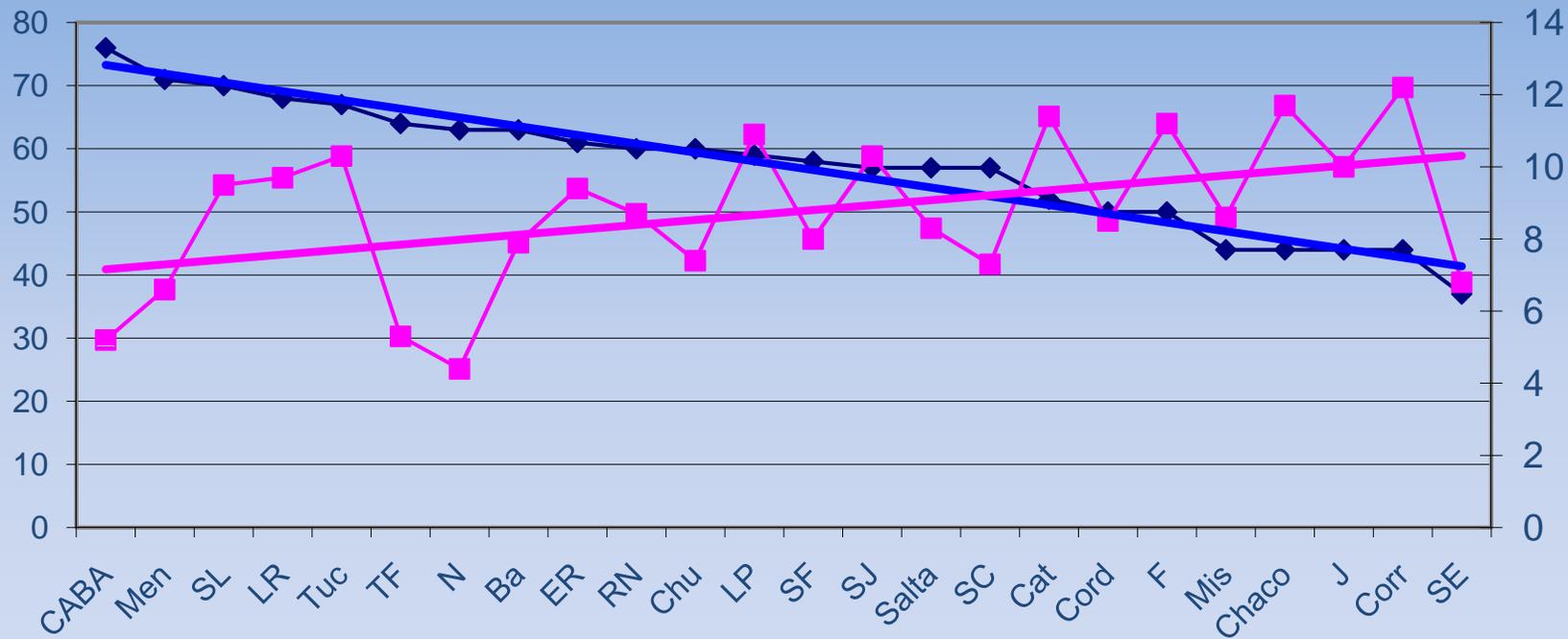


TMM (por 10.000 nacidos vivos)

Jurisdicciones

# Relación entre cumplimiento de las CONE y Tasa de Mortalidad Neonatal por jurisdicción

Porcentaje de cumplimiento de las CONEs



TMN (por 1.000 nacidos vivos)



Jurisdicciones

# Maternidades

## Conclusión y soluciones posibles

- Gran cantidad de Maternidades pequeñas, con bajo nivel de complejidad y que no cumplen las CONE
- El 70% de los nacimientos se produce en el 25% de las maternidades
- Debe regionalizarse la atención perinatal, concentrando los nacimientos y asegurando la derivación del alto riesgo a la Maternidades de Niveles III
- Mejorar las condiciones de traslado materno y neonatal
- Mejorar la calidad de los servicios existentes antes de crear nuevos

# Regionalización de la atención perinatal. Concepto

- Es el desarrollo, dentro de un área geográfica, de ***un sistema de salud perinatal coordinado y cooperativo en el cual, merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud y sobre la base de las necesidades de la población, se identifica el grado de complejidad que cada institución*** provee con el fin de alcanzar los siguientes objetivos:
  - Atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos,
  - Utilización apropiada de la tecnología requerida
  - Personal perinatal altamente entrenado

# Regionalización perinatal



Comienza  
en el  
**Primer  
Nivel de  
Atención**



- ❑ Población a cargo: Nominalización población/familias.
- ❑ Búsqueda activa
- ❑ Identificación precoz del riesgo de la embarazada y del feto.
- ❑ Facilitador del acceso y cobertura a un control integral, adecuado y continuo (laboratorio - ecografías - interconsultas)
- ❑ Derivación protegida y oportuna según criterio de riesgo (**Estratificación**)

# Experiencias Internacionales

## EEUU (1970)

- En 1974 ya operaban sistemas de RAP en 28 Estados.

## Canadá (1970)

- Regiones con 3 niveles de complejidad de complejidad y 22 Centros regionales (nivel III) para 30.000.000 de habitantes

## Reino Unido (1971)

- Sistema con 3 niveles de complejidad

## Australia (1986)

## Portugal (1989)

- Cierre de servicios de obstetricia con menos de 1.500 partos por año

## Chile

- Organización por regiones sanitarias.

## Noruega, Suecia, Suiza, Reino Unido, España y Portugal

- Unidades nivel III: 1 / 4.000 nacidos vivos a 1 / 20.000 nacidos vivos (según el país)

**ARGENTINA: pcia de NEUQUEN (70-80)**

# Adecuación del Perfil del Riesgo y Nivel de Complejidad

NIVEL II	NIVEL IIIA	NIVEL IIIB
<p>Embarazos de más de 35 semanas</p> <p>Peso RN más de 2500 gramos</p> <p>Bajo riesgo</p>	<p>Embarazos de más de 32 semanas</p> <p>Peso RN &gt; 1500 gramos</p> <p>Riesgo medio</p> <p>ARM breve</p>	<p>Embarazo de menos de 32 sem</p> <p>Peso &lt; 1500 gramos</p> <p>Pacientes críticos</p> <p>ARM compleja o extensa</p> <p>Alto riesgo obstétrico/neonatal</p> <p>Pacientes Quirúrgicos.</p>

# Regionalización: por qué?

El 1º nivel de atención debe identificar el riesgo: allí comienza la REGIONALIZACIÓN

Más del 99 % de los partos son institucionales: Deben realizarse en maternidades SEGURAS (CONE)

La atención de la madre en un 20% puede complicarse  
Parto normal es un diagnóstico retrospectivo

# Regionalización: por qué?

La MN es menor cuando los bebés de mayor riesgo nacen en unidades de mayor complejidad

Es posible lograr que más del 65% de los bebés de mayor riesgo nazcan en unidades especializadas

La mortalidad de los  $< 1500$  g depende de la experiencia de la institución tratante y del número de enfermeras por paciente crítico

La proporción de médicos especializados que se requieren es menor en sistemas regionalizados

# Establecimiento de una adecuada red de comunicaciones

- Elección del tipo de instrumentos de comunicación
  - Telefonía fija
  - Telefonía móvil
  - Internet
  - Intranet del sistema
- Para asegurar flujos de comunicación
  - rápida, efectiva, confiable y permanente
- Nodo central

# Traslado

Es clave en el funcionamiento de una Red

- En la referencia obstétrica: consultas y traslados programados
- Para la derivación de la embarazada antes del parto cuando corresponda
- Para el traslado del RN crítico cuando sea necesario
- Para el traslado programado de los niños que requieran consultas por seguimiento

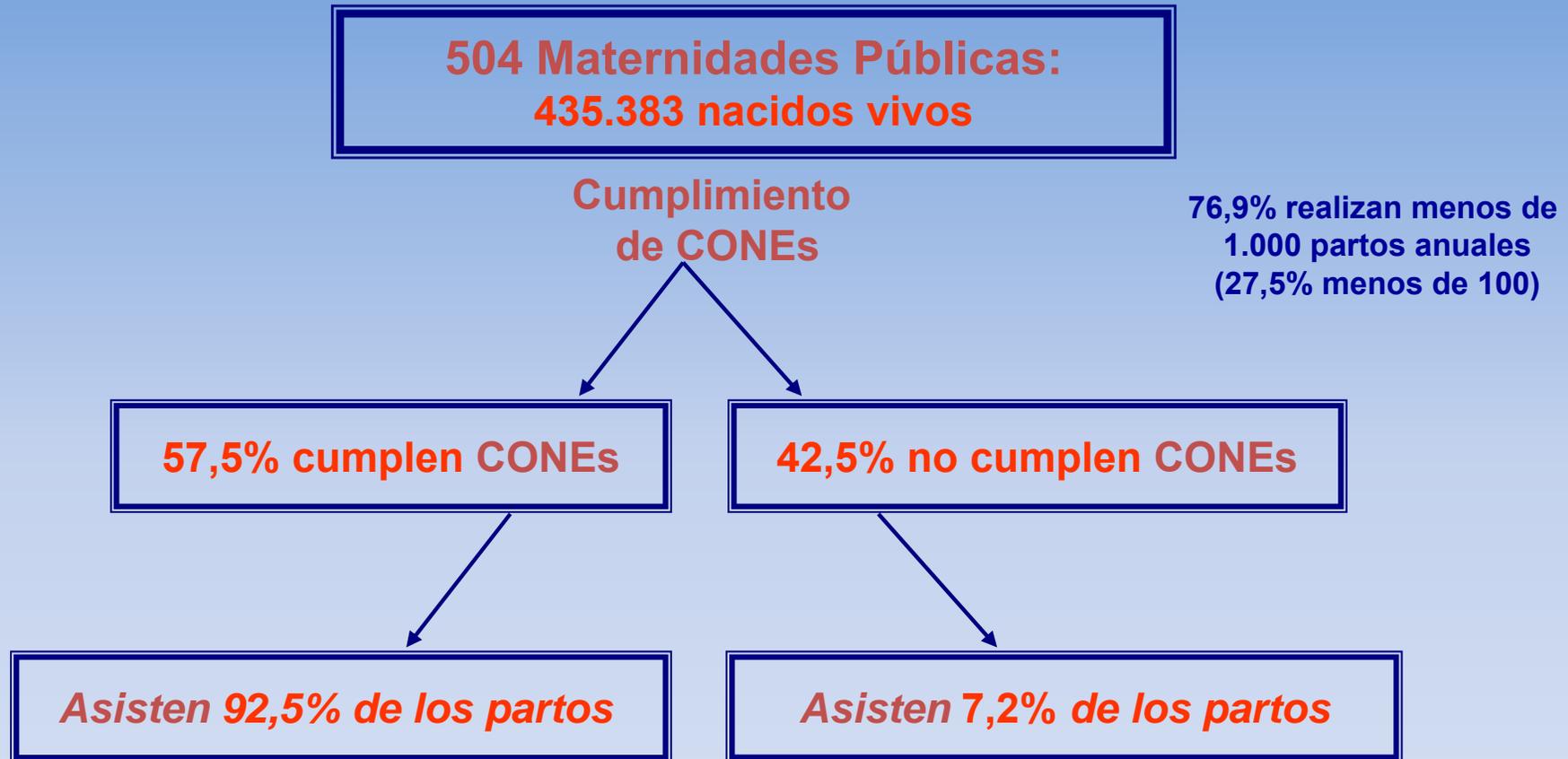
# Casas de Madres

- Las maternidades especializadas en atención a las embarazadas de alto riesgo deben contar **una casa para la espera del parto**, por razones de distancia, geográficas o sociales.
- El espacio hospedará a las madres cuyos bebés están internados en la UCIN, permitiendo la continuación del amamantamiento y cuidado
- Puede albergar al binomio en forma previa al alta.
- **Personal requerido:** obstétricas y/o voluntarias.

# Red de Salud Materno Infantil



# Maternidades Oficiales: 2015



En otros 235 efectores de salud se asisten 1.564 partos  
(cada uno realiza menos de 25 al año) → 0,3% de los partos

# Evolución de Nacidos Vivos en maternidades que cumplen CONEs

- **En el año 2010: 83%** de los partos en instituciones públicas fueron en maternidades CONE.
- **En el año 2012: 89,5%** de los partos en maternidades CONE.
- **En el año 2014: 90,5%** de los partos en maternidades CONE.
- **Con información actualizada de las Maternidades a Julio 2015: 92,1%** de los partos en maternidades CONE.

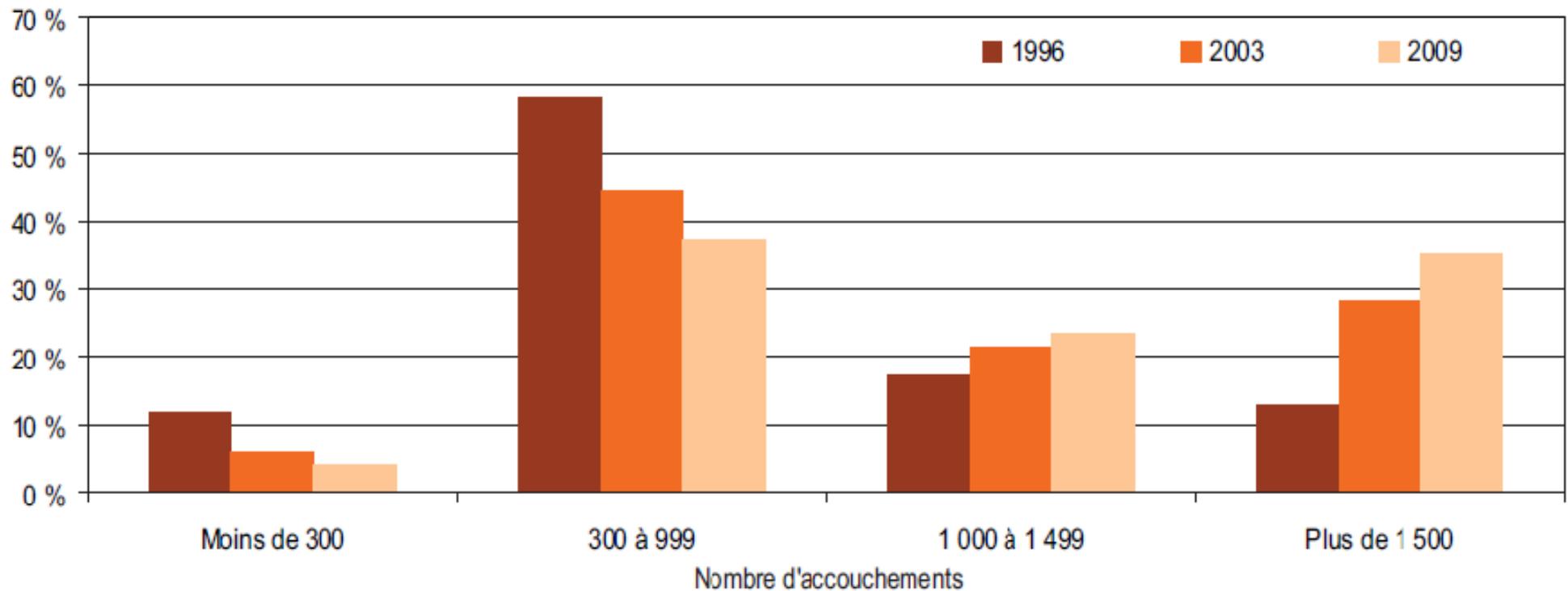
	Con CONEs		Sin CONEs	
	Nro.	%	Nro.	%
NV	401.060	92,1%	34.403	7,9%
Maternidades	283	55,8%	224	44,2%

# Plan NACER-SUMAR

- Control adecuado del embarazo : Fortalecimiento del control prenatal, oportuno y de calidad:
  - Comienzo precoz
  - Número adecuado de controles
  - Calidad de los controles
  - Identificación del riesgo
  - Intervenciones oportunas
- Derivación adecuada y oportuna a maternidad según nivel de complejidad necesario
  - Manejo materno crítico
  - Manejo neonatal crítico
  - Resolución quirúrgica neonatal temprana
- Contrarreferencia al alta a Centro de Atención Primaria para su seguimiento:  
Alta conjunta, Consultorio de Seguimiento de RN de alto riesgo

# Evolución del Numero de partos por Maternidad – Francia 1996 – 2009

GRAPHIQUE 2 ● Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2003 et 2009



Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 1996, 2003 et 2009, traitements DREES.

# Marco Legal: Ley de Parto Humanizado Nº 25929, Reglamentada en el 2015

## La madre tiene derecho:

- A ser **informada** sobre las distintas intervenciones médicas que pueden tener lugar durante el parto y postparto y participar activamente en las decisiones que acerca de las alternativas distintas si es que existen.
- A un **parto respetuoso** de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados.
- A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- A **elegir quién la acompañe durante el trabajo de parto, parto y postparto.**
- **A tener a su lado a su hijo o hija** durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

# Estrategia para la Alimentación del Lactante

## Promoción y sostenimiento de la Lactancia Materna:

- Estrategia Hospital Amigo de la Madre y el Niño.
- Estrategia Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño.
- Formación de Consejeros en Lactancia Materna
- Centros de Lactancia en las maternidades
- Bancos de leche humana

# Campaña de invierno

```
graph TD; A[Campaña de invierno] --> B(Planificación: insumos, equipamiento); A --> C(Respuesta al aumento de la demanda); A --> D(Organización de la atención: Prehospitalización y SIA, sistema en red, organización Servicios, traslados); D --- E[VACUNAS];
```

**Planificación:  
insumos, equipa  
miento**

**Respuesta al  
aumento de la  
demanda**

**Organización de  
la atención:**

Prehospitalización y  
SIA, sistema en  
red, organización  
Servicios, traslados

VACUNAS

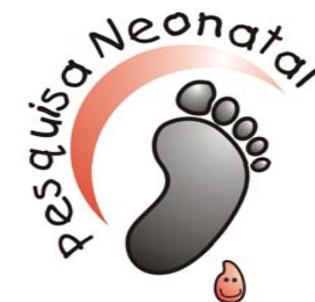
**iUn análisis simple y gratis •••  
puede evitar problemas!**



- Las enfermedades metabólicas congénitas de los recién nacidos pueden traerles consecuencias muy serias.
- Sin embargo, un análisis permite descubrirlas y tratarlas a tiempo. Se hace con una gota de sangre, tomada del talón.

**La detección de las enfermedades metabólicas es muy importante y es el derecho de su bebé.**

Exija el análisis para su bebé durante la primera semana de vida, en la maternidad donde nació. No olvide retirar el resultado y llevarse al médico que controlará la salud del niño.



**iUn análisis simple y gratis •••  
evita problemas!**



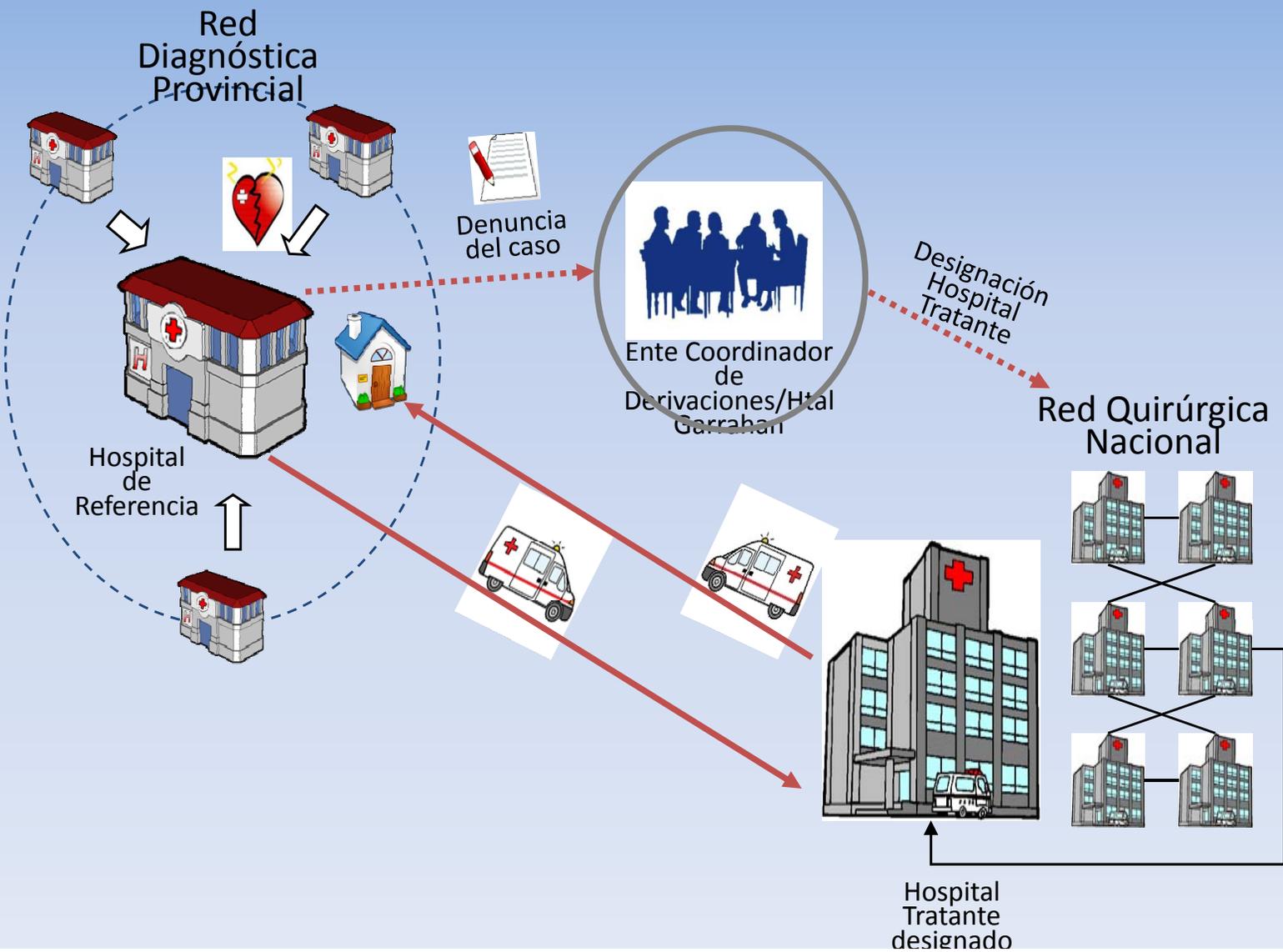
- Las enfermedades metabólicas congénitas de los recién nacidos pueden traerles consecuencias muy serias.
- Sin embargo, un análisis permite descubrirlas y tratarlas a tiempo.
- Se hace con una gota de sangre, tomada del talón.

**La detección de las enfermedades metabólicas es muy importante y es el derecho de su bebé.**

- Exija el análisis para su bebé durante la primera semana de vida, en la maternidad donde nacerá.
- Infórmese con su médico.
- No olvide retirar el resultado y llevarse al médico que controlará la salud del niño.



# RED FEDERAL DE ATENCION

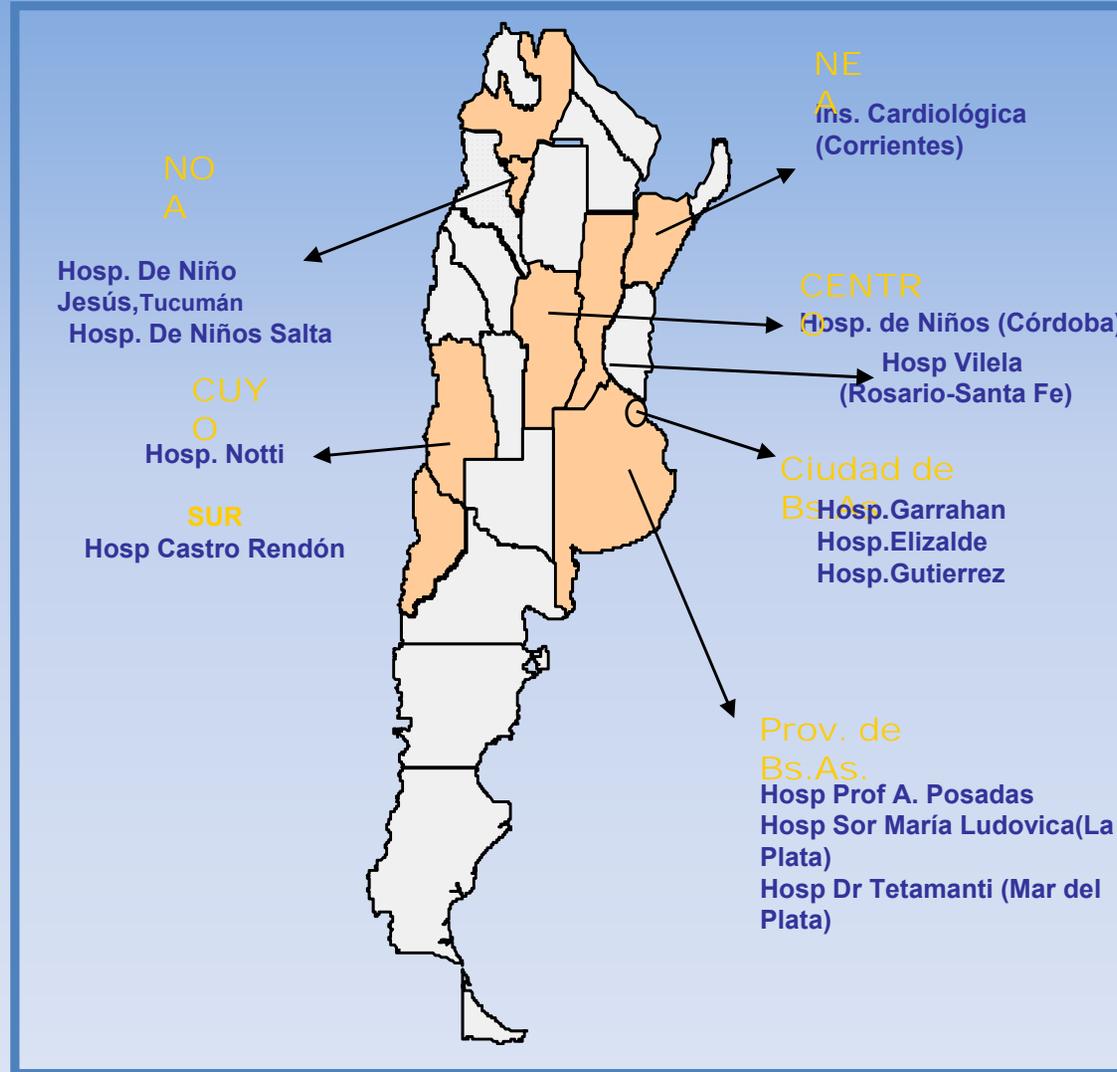




# RED FEDERAL DE ATENCION



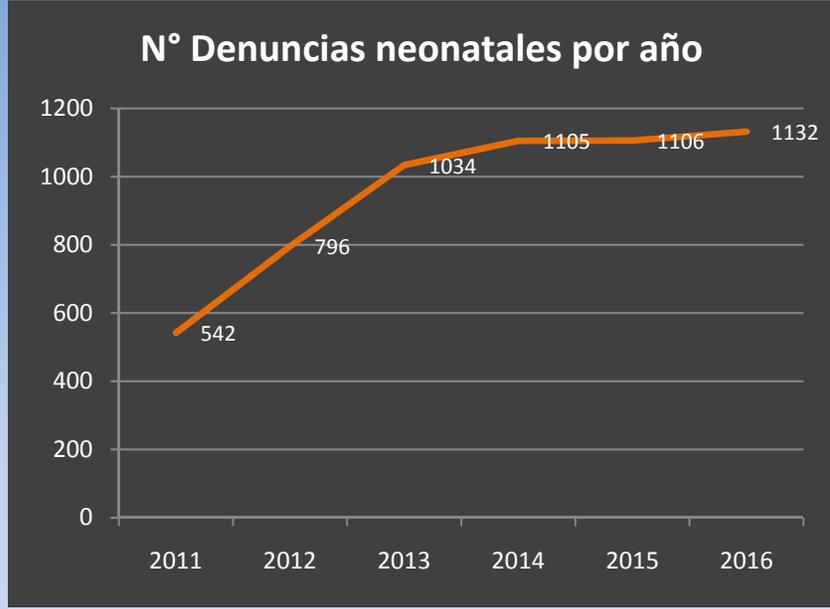
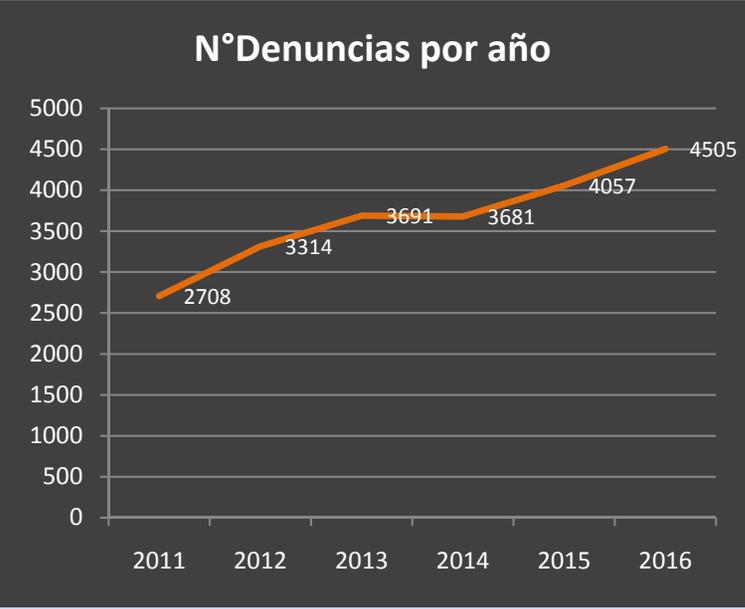
## Centros Cardiovasculares Nacionales



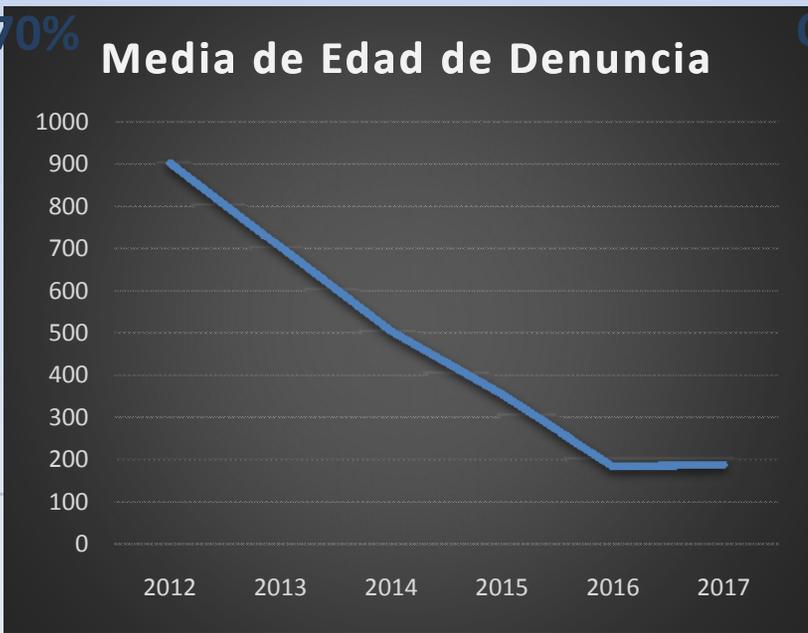
**REGIONALIZACION: 75% de los pacientes se atienden en sus regiones**

# RESULTADOS – RNCC 27000

## Incidencia 5,5 / 1000

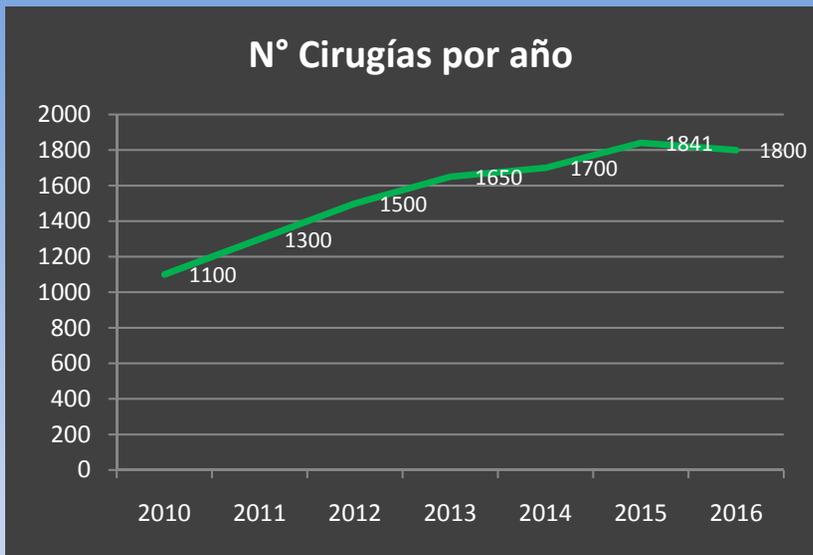


Oportunidad Diagnóstica ↑ 70%

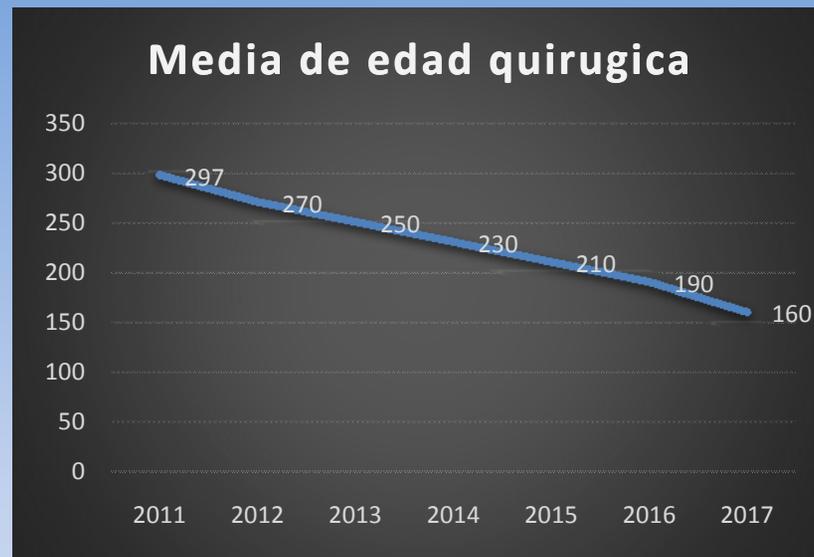


Oportunidad Diagnóstica ↑ 100%

# RESULTADOS N° 10900



Oportunidad Quirúrgica ↑ 64 %



Reducción en tiempo quirúrgico  
↓ 75%



# ¿CÓMO SABEMOS CUÁL FUE LA CAUSA DE LAS CAUSAS DE UNA MUERTE INFANTIL?

Una estrategia necesaria es el ANÁLISIS de cada muerte infantil. Para ello los Hospitales deben conformar los Comités de análisis de muertes infantiles, realizando el análisis con la herramienta de análisis Causa-Raiz (ACR)

- El ACR es una metodología sistemática y comprensiva para identificar las fallas, en los procesos de atención y los sistemas hospitalarios, que pueden no ser aparentes en forma inmediata, y que pueden haber contribuido a la ocurrencia de un evento adverso y/o casi daño.
- El objetivo de un ACR es establecer: *¿qué sucedió?, ¿por qué sucedió? y ¿qué puede hacerse para prevenir que suceda de nuevo?*

# CONCLUSIONES

- La inequidad en el nacer y morir de los niños en su primer año de vida ha disminuido en los últimos años en nuestro país, pero continúa siendo una premisa trabajar en su disminución.
- Mejorar las condiciones socioeconómicas y educativas de la población más vulnerable sigue siendo imprescindible para mejorar los resultados sanitarios.
- Los resultados sanitarios mejoran si **el acceso a los servicios de salud es oportuno y la comunicación** entre la familia y el equipo de salud mejora, ya que, frecuentemente, se registran barreras culturales y comunicacionales, y la presencia de maltrato institucional.
- Mejorar **la calidad de la atención en todos los niveles y de acuerdo a su nivel de complejidad; favorecer el establecimiento de redes**

# CONCLUSIONES

Los Pediatras tenemos una oportunidad única para brindar **información a las madres / pareja en las consultas en Consejería en SS y R**, en especial en el puerperio cuando llevan a control al RN

Trabajar con **los adolescentes en promoción de salud:** adicciones, sexualidad, prevención de enfermedades de transmisión sexual, etc

Organizar en los hospitales **el área de orientación** para dar respuesta a la demanda espontánea

En las salas de internación pediátrica **organizar equipos para acompañar a las madres adolescentes y sus parejas**

# CONCLUSIONES

La Atención Perinatal para el siglo XXI debe

- Organizarse en redes
- Asegurar efectores de complejidad progresiva
- Concentrar los recursos en grandes efectores
- Centrar las maternidades en instituciones polivalentes seguras
- Mejorar el diagnóstico prenatal de malformaciones
- Enfoque de derecho de padres, hijos, Familia y comunidad

***“En el origen de la mortalidad y morbilidad es tan importante la mala organización como la falta de competencia clínica”***

***Dr. Pedro de Sarasqueta***

*“La salud es una decisión política”*

*R. Carrillo*