

PHILIPS

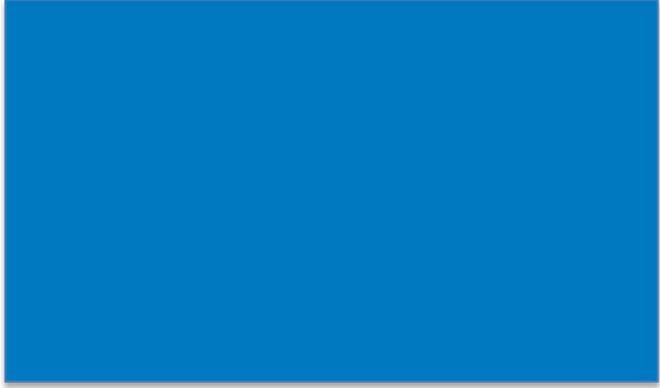
Conexión Salud



**PHILIPS
CONEXIÓN SALUD**

2016 – Buenos Aires, Argentina

**“ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN
DE LA MORTALIDAD
MATERNO INFANTIL”**



PHILIPS CONEXIÓN SALUD

2016 – Buenos Aires, Argentina

“ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL”

Dr. Daniel Cafici

Ecografista y Obstetra

(Sociedad Argentina de Ultrasonografía en Medicina y Biología - SAUMB)

Dra. Daniela Satragno

Neonatóloga

(Jefa de Unidad de Neonatología, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez)

Paola de los Santos

Puericultora

(Ex voluntaria maternidad Sardá)

Dra. Carolina Tomasso

Pediatra

(Docente en Fundación Barceló, ex-jefa de residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez)



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 4
CONSIDERACIONES INICIALES 5
LÍNEAS DE ACCIÓN..... 10

OTRAS APRECIACIONES FUNDAMENTALES.....20
CONCLUSIONES.....22

INTRODUCCIÓN

Conexión Salud es una iniciativa que se enmarca en un programa de alcance latinoamericano en el que Philips, busca vincular el desarrollo tecnológico con las necesidades del sector de salud a través de un diálogo constante y sostenido en el tiempo que dé cuenta de la interdisciplinariedad requerida para enfrentar el desafío de proveer al mercado de instrumentos claves para mejorar la calidad de vida de las comunidades. Como compañía orientada a la promoción de la salud (o compañía Health Tech), Philips busca que los avances tecnológicos den respuestas concretas a demandas complejas, basándose en el concepto de “Health Continuum” o continuo de la salud. La salud, de este modo, es pensada como un sistema integral afectado por una multiplicidad de factores en el que resulta especialmente útil pensar la posibilidad de intervenir en cinco aspectos; vida saludable, prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado en casa a través de iniciativas que promuevan la salud personal, el diagnóstico definitivo, la terapia guiada y el cuidado interconectado.



En esta visión de salud como un conjunto de hábitos, prácticas y rasgos, el aspecto continuo toma una forma casi literal cuando se tienen hijos y se materializa el ciclo de la vida. Alrededor del mundo, Philips ha desarrollado distintas estrategias de intervención para que sus productos sean capaces de garantizar mejoras sustantivas en la fertilidad, el tránsito del embarazo y el espacio de crianza. Con especial foco en la integración y el análisis de datos obtenidos por dispositivos especialmente diseñados, se busca utilizar la circulación de la información entre padres, médicos y centros de maternidad para enriquecerla con el valor agregado que cada actor aporta de su experiencia y generar herramientas que permitan tomar mejores decisiones.

Para caracterizar la situación, hemos invitado a 4 especialistas que darán su visión acerca de la situación actual de su disciplina respecto a la mortalidad materno-infantil y las estrategias que consideran necesario implementar para reducirla.

En esta ocasión han participado: el Dr. Daniel Cafici, especialista en ecografía y diagnóstico prenatal no invasivo; Paola De Los Santos, puericultora dedicada a la

*“Un bebé es una persona que acaba de nacer y tiene derechos”
Paola de los Santos (Puericultora)*

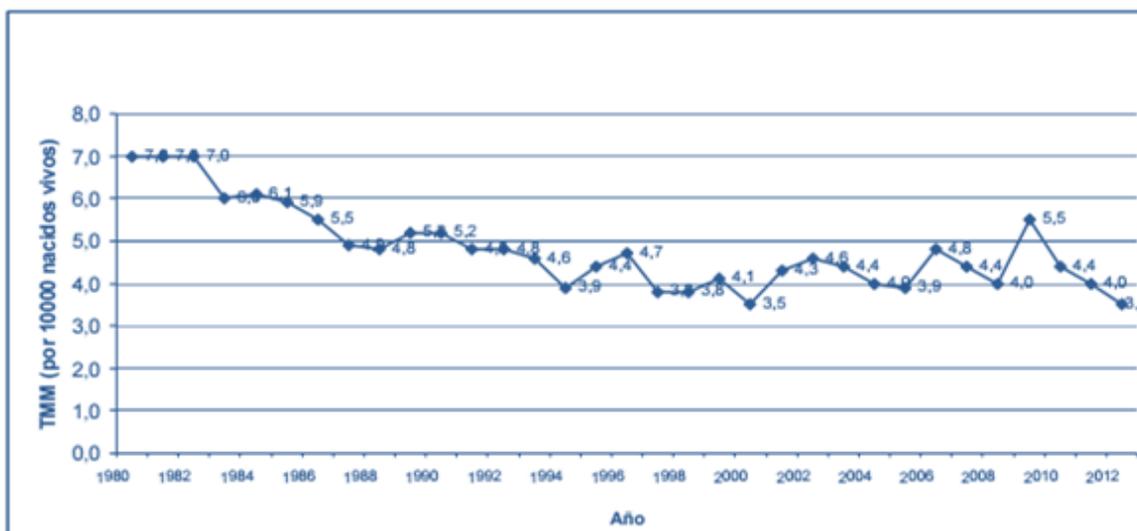
promoción de la lactancia materna; la Dra. Daniela Satragno, Jefa de Neonatología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez; y la Dra. Carolina Tomasso, pediatra, ex-jefa de residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez actualmente abocada a la docencia y la práctica privada.

CONSIDERACIONES INICIALES

En Argentina, la mortalidad materno infantil está incluida en los Indicadores Básicos del Ministerio de Salud. Esto no solo nos proporciona datos recabados a gran escala todos los años, sino que nos habla de la importancia que el tema reviste a la hora de evaluar el estado de la salud de una población.

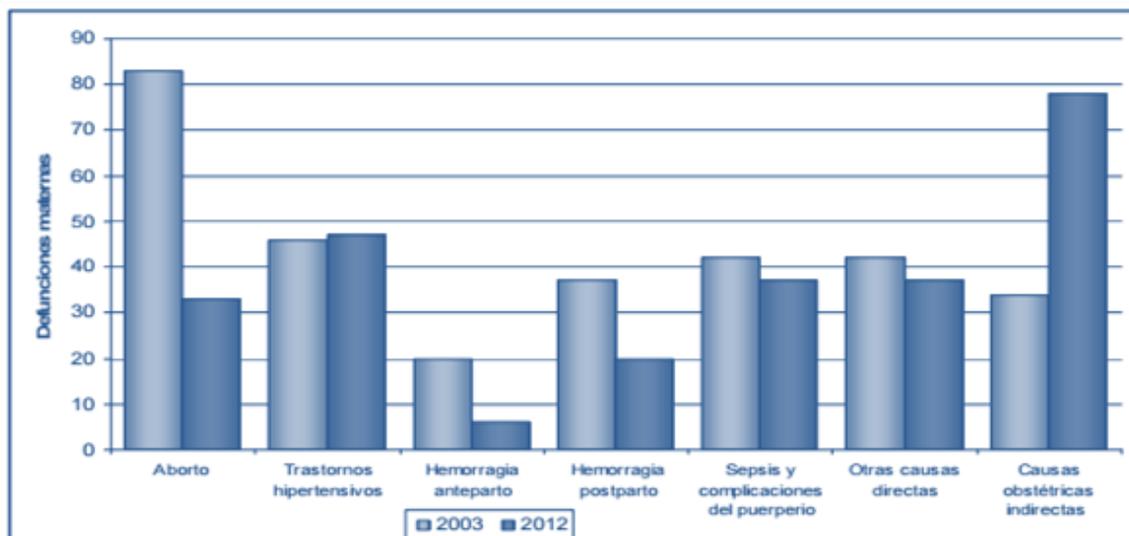
La mortalidad se redujo durante el período 2003 - 2012. La principal causa de muerte materna son las causas obstétricas indirectas y los trastornos hipertensivos; y en neonatos las afecciones perinatales y malformaciones congénitas. La evolución de los indicadores es la siguiente:

Evolución de la Mortalidad Materna. Total País, República Argentina. Años 1980-2012



Fuente: DEIS. MSAL. Año 2012

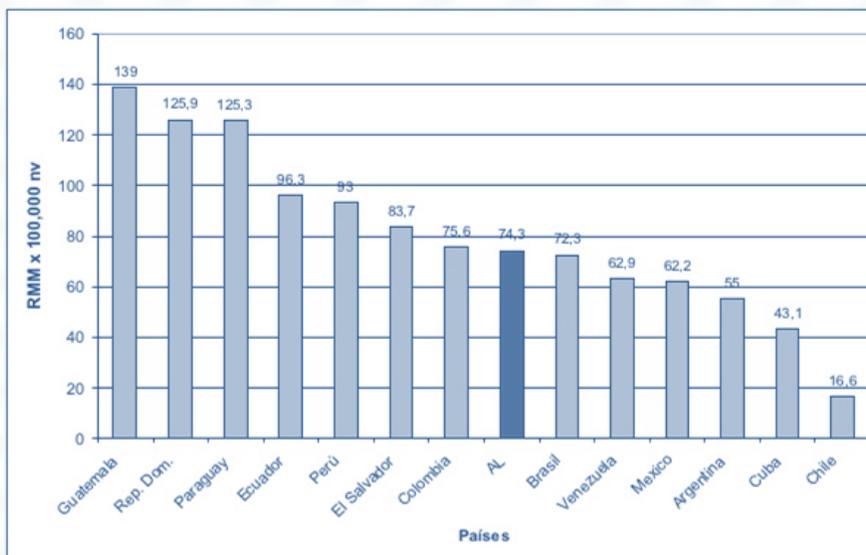
Comparación de la mortalidad materna según causas. República Argentina. Años 2003-2012



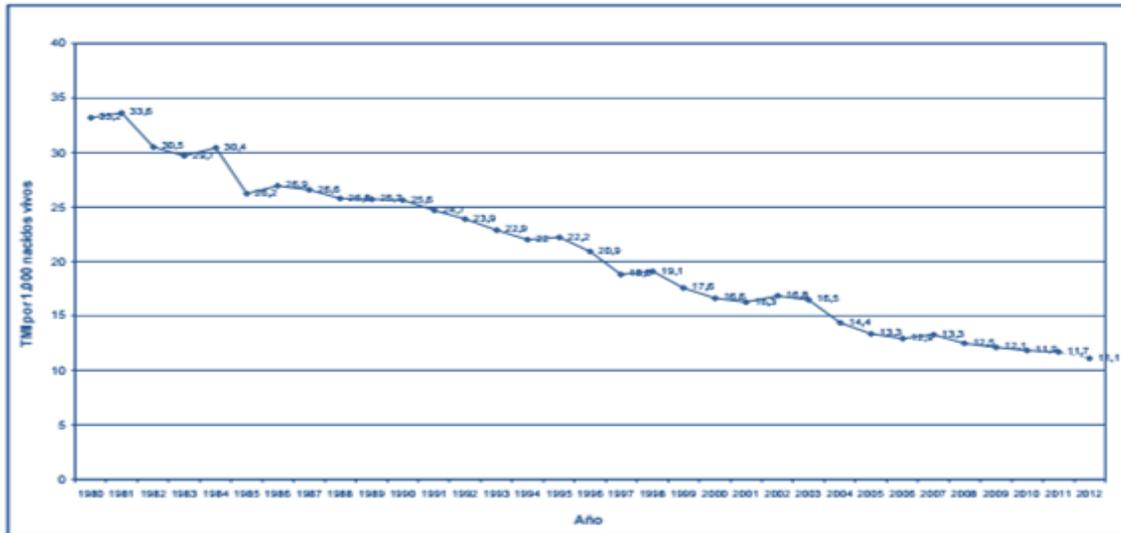
Fuente: DEIS. MSAL. Año 2012

Al comparar los datos con los de la región, Argentina se encuentra por debajo de la media latinoamericana:

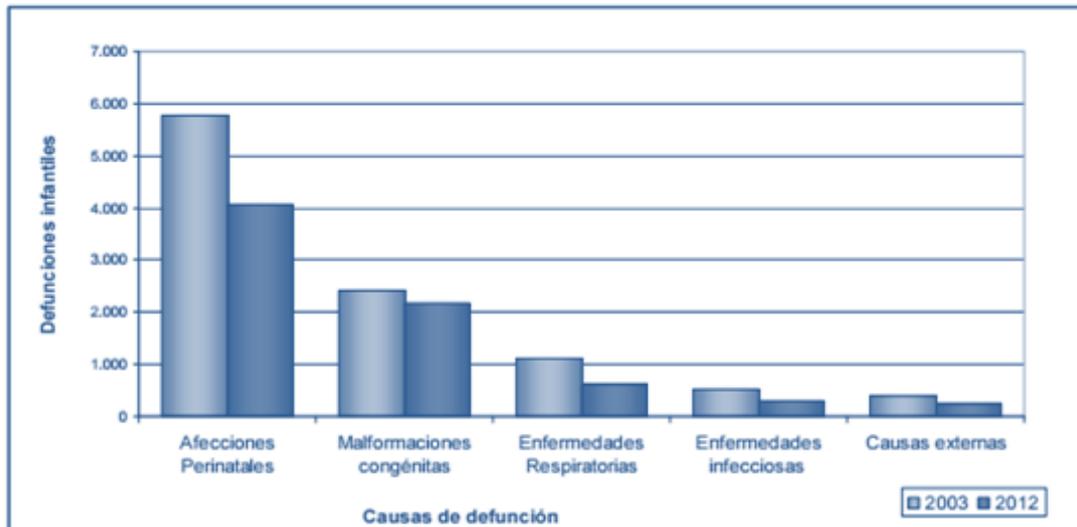
Mortalidad materna en América Latina y el Caribe 2011



Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil. Total País. República Argentina. Años 1980-2012



Comparación de la mortalidad infantil según causas. República Argentina. Años 2003 - 2012.



“La mitad de las muertes fetales intrauterinas sobre el final del embarazo son insuficiencias placentarias no diagnosticadas”

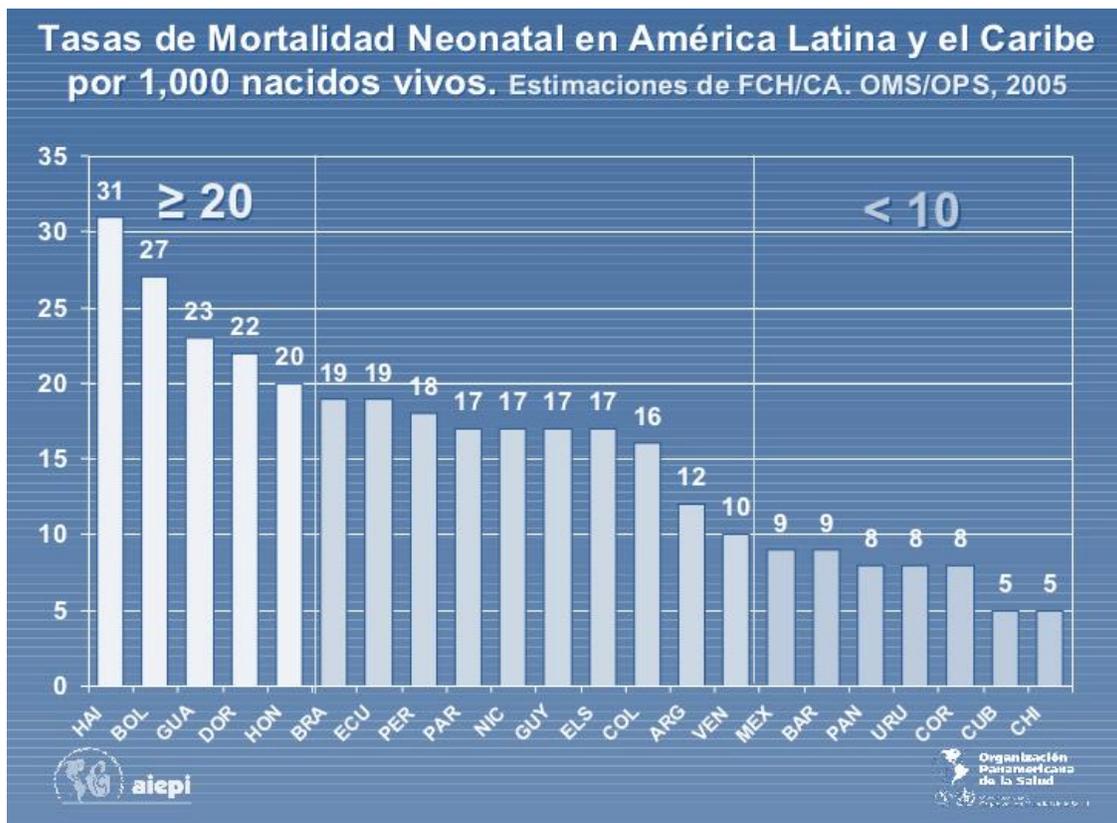
Dr. Daniel Cafici (Ecografista y Obstetra)

Observando los gráficos, entendemos que las afecciones perinatales (aquellas que se dan inmediatamente antes del parto o inmediatamente después de él) son la principal causa de muerte infantil. Teniendo esto en cuenta, el primer encuentro de Conexión Salud concentró sus esfuerzos en caracterizar la problemática alrededor del diagnóstico durante el embarazo y la atención neonatal.

“Para bajar la mortalidad infantil hay que bajar la neonatal”

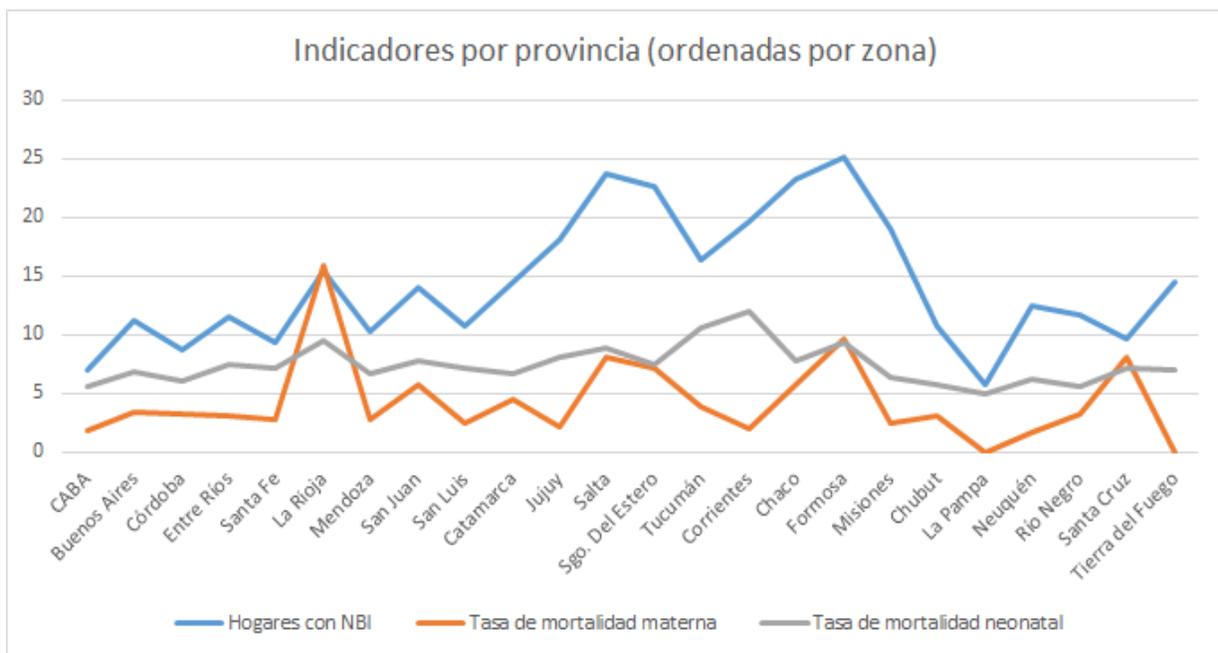
Dra. Daniela Satragno (Neonatóloga)

En este caso, Argentina también se encuentra por debajo de la media en la región:



Por otro lado, al observar la progresión y la comparación regional tendemos a pensar que las acciones del sistema de salud están bien encaminadas y que bastaría

con darles continuidad para reducirla al mínimo. Sin embargo, al desagregar las estadísticas y utilizar los indicadores básicos de 2016 se encuentra una fuerte correlación entre las provincias con mayor porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y las provincias con mayor porcentaje de mortalidad materna y neonatal. Y, si bien es cierto que cada uno de estos indicadores ha disminuido en términos absolutos a lo largo del tiempo, la distribución desigual de las variables consideradas para la construcción del indicador nacional y su relación con el contexto social inmediato plantea a priori la necesidad de políticas sanitarias integrales que tengan en cuenta la relación entre el individuo y su entorno.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Indicadores Básicos 2016 de MSaI

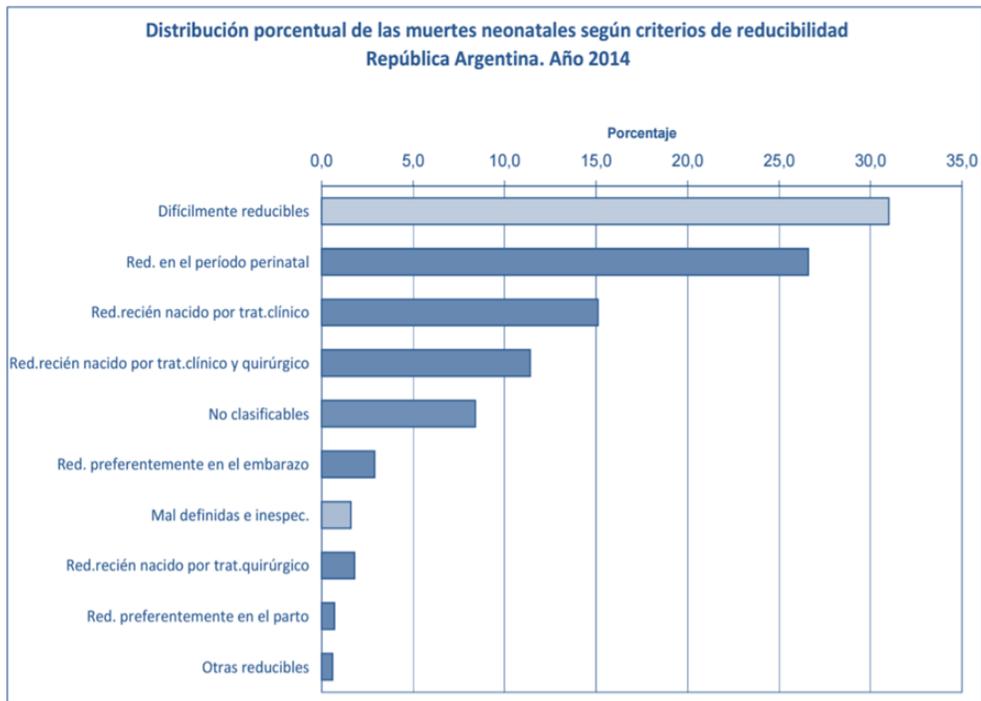
LÍNEAS DE ACCIÓN

A lo largo del encuentro, se tomó como punto de partida la caracterización de las causas de muerte materna y neonatal registradas por el Ministerio de Salud. Al revisar los indicadores, llamó la atención especialmente la contribución de las causas evitables al porcentaje total de muertes. En madres, los trastornos hipertensivos causan la mayoría de las complicaciones y son, en gran parte, detectables durante el embarazo. En el caso de los neonatos, se estima que la mayor cantidad de muertes podría evitarse interviniendo sobre el recién nacido, lo que sugiere que necesariamente debe reformarse el sistema de atención neonatal.

Evolución de la Mortalidad Materna por causas. Total País. República Argentina. Años 2003-2012.

GRUPOS DE CAUSAS	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TODAS	304	295	279	333	306	296	410	331	302	258
<i>Aborto</i>	<i>83</i>	<i>94</i>	<i>79</i>	<i>93</i>	<i>74</i>	<i>62</i>	<i>87</i>	<i>68</i>	<i>73</i>	<i>33</i>
<i>Causas obstétricas directas</i>	<i>187</i>	<i>166</i>	<i>147</i>	<i>176</i>	<i>152</i>	<i>175</i>	<i>165</i>	<i>167</i>	<i>145</i>	<i>147</i>
Trastornos hipertensivos	46	44	42	41	42	45	39	37	41	47
Hemorragia anteparto	20	12	18	14	10	12	9	9	11	6
Hemorragia postparto	37	15	15	28	15	21	17	33	17	20
Sepsis y complicaciones del puerperio	42	40	22	42	45	39	48	36	31	37
Otras causas directas	42	55	50	51	40	58	52	52	45	37
<i>Causas obstétricas indirectas</i>	<i>34</i>	<i>35</i>	<i>53</i>	<i>64</i>	<i>80</i>	<i>59</i>	<i>158</i>	<i>96</i>	<i>84</i>	<i>78</i>
Enfermedad por HIV	-	2	2	5	2	1	1	2	1	4

Fuente: DEIS. MSAL. Año 2012



Fuente:MSal

Cantidad de defunciones neonatales, porcentaje y tasa de mortalidad por 1.000 nacidos vivos, según grupo de causas basados en criterios de reducibilidad. República Argentina – Año 2014.

GRUPO DE CAUSAS	DEFUNCIONES NEONATALES		
	Cantidad	Porcentaje	TASA
TODAS LAS CAUSAS	5.576	100,0	7,2
REDUCIBLES	3.291	59,0	4,2
Preferentemente en el embarazo	161	2,9	0,2
Preferentemente en el parto	38	0,7	0,0
Preferentemente en el recién nacido	1.577	28,3	2,0
<i>Por tratamiento clínico</i>	841	15,1	1,1
<i>Por tratamiento quirúrgico</i>	99	1,8	0,1
<i>Por tratamiento clínico y quirúrgico</i>	637	11,4	0,8
En el período perinatal	1.484	26,6	1,9
Otras reducibles	31	0,6	0,0
DIFÍCILMENTE REDUCIBLES	1.726	31,0	2,2
NO CLASIFICABLES	469	8,4	0,6
MAL DEFINIDAS E INESPECÍFICAS	90	1,6	0,1

Fuente:MSal

Cada profesional fue invitado a exponer su visión del tema guiada por dos preguntas “Desde su especialidad, ¿cómo considera usted que podría reducirse la mortalidad materno fetal en nuestro país?” y “¿qué puntos considera que aún están débiles o

fallando?”. A partir del diálogo entre los expertos, se han consensuado lineamientos que, de implementarse, no se consideran de ninguna manera una solución definitiva sino los pasos prioritarios para mejorar cabalmente la situación.

1- MEJORAR EL DIAGNÓSTICO DE BAJO PESO DURANTE EL EMBARAZO

Al observar de cerca el indicador de muerte neonatal, puede observarse que el 48% de las muertes se da en bebés que pesan menos de 1,5kg al momento de nacer.

Cantidad de defunciones neonatales según intervalo de peso al nacer (en gramos), por jurisdicción de residencia de la madre. República Argentina. Año 2014.

JURISDICCION DE RESIDENCIA DE LA MADRE	TOTAL	INTERVALO DE PESO AL NACER (en gramos)							
		Menos de 1000	De 1000 a 1499	De 1500 a 1999	De 2000 a 2499	De 2500 a 2999	De 3000 a 3499	De 3500 y más	Sin especificar
REPUBLICA ARGENTINA	5.576	1.902	803	521	472	460	484	301	633

Fuente:MSal

Según el experto en ecografía Daniel Cafici, las herramientas de diagnóstico en parto aún son muy imprecisas respecto a esta cuestión, que sería de suma utilidad para estimar qué tipo de complicaciones podría tener el niño al nacer y que las intervenciones necesarias estuvieran dentro de lo estipulado.

Por otro lado, el contacto piel a piel o método canguro (MC) muchas veces no es promovido en recién nacidos prematuros y podría ayudar a aumentar el peso más rápidamente. Un estudio del Hospital Universitario de Tarragona señala “la solución al problema del estancamiento de la curva de peso de los más pequeños la encontramos suplementando las tomas al pecho con leche materna a través de sonda gástrica. Otros practican el MC continuo ingresando también a la madre en la Unidad de Cuidados Intensivos para permitir la lactancia materna a demanda y aumentar el número de tomas por día (...) Los parámetros clínicos controlados (temperatura, FC, FR y StcO2) no mostraron variaciones significativas durante la práctica del método. En la mayoría de los casos, los prematuros mostraron patrones de conducta que indicaban buena tolerancia del MC (manos abiertas, sonrisa, sueño profundo o alerta tranquila). Las sesiones de lactancia materna fueron más largas de lo habitual, porque alternaban períodos de succión efectiva con períodos de sueño profundo. Las madres participaron activamente mirando, sonriendo, hablando, tocando e incluso jugando con sus hijos”. Fuente: Closa Monasterolo et. al., “Método canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal”, Anales Españoles de Pediatría, Vol.49 n°5, 1998.

Al respecto, estos fueron los resultados obtenidos al hacer una encuesta en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires.

Tabla 1. Resultados de la encuesta realizada a enfermeras y médicos residentes

Pregunta	Enfermeras/os n= 28	Médicos residentes n= 26
Conoce la propuesta		
Contacto Piel a Piel para RNMBPN?	Sí: 100% / No: 0%	Sí: 92% / No: 8%
¿Como tuvo acceso a la información?		
Transmisión desde enfermería	39%	12%
Indicaciones Médicas	32%	73%
Clases teóricas	29%	27%
¿Ha participado directamente de la experiencia?	Sí: 93% / No: 7%	Sí: 92% / No: 8%
Si es sí:		
Por indicación médica	7%	27%
Por iniciativa propia	79%	62%
Si es no:		
Por considerarlo riesgoso	0%	0%
Por temor a realizarlo	7%	4%
¿Considera beneficiosa la experiencia?	Sí: 93% / No: 7%	Sí: 100% / No: 0%
¿Existen dificultades para realizar CoPaP en la unidad de cuidados intensivos?	Sí: 46% / No: 54%	Sí: 58% / No: 42%
¿Que sugerencias propone?	Mejor organización. Horarios, mobiliario apropiado	Mayor información. Clases teóricas

Tabla 2. Interferencias comunes a médicos y enfermeras

- Inadecuada relación enfermera/paciente
- Emergencias simultáneas
- Limitada distancia entre incubadoras
- Inseguridad o miedo
- Falta de motivación y/o de colaboración por parte de enfermería
- Inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria del recién nacido
- Asistencia Respiratoria Mecánica/ riesgo de extubación
- Riesgo de infiltración de catéteres o vías centrales

Tabla 3. Factores favorecedores/enfermería

- Es una experiencia que los padres no olvidarán nunca
- Mejora el vínculo madre/hijo y promueve sentimientos maternos
- Los recién nacidos permanecen más tranquilos, lloran menos y mejora su crecimiento
- Las madres pueden estar todo el tiempo con su bebé
- Es un estímulo neurosensorial apropiado para los prematuros
- Recrea el medio intrauterino
- Mejora la relación madre/padre/hijo

Tabla 4. Factores favorecedores/médicos

- Mejora el vínculo madre/hijo
- Alta más temprana
- Promueve la lactancia materna

Fuente: Brundi, M. AU - González, MA. AU - Enríquez, D. AU - Largaia, AM.TI - Contacto piel a piel madre/hijo prematuro. Conocimientos y dificultades para su implementación. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

2- EDUCACIÓN E INSTRUCCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO PARA EL MANEJO DE EQUIPOS

Durante la exposición del Dr. Daniel Cafici se señaló también, que muchas veces sucede que las herramientas disponibles sí son efectivas para los diagnósticos requeridos y que en esos casos, el problema excede a la innovación tecnológica y se relaciona directamente con la formación de quién opera el equipo. Por ejemplo, puede lograrse hasta un 80% de reducción de la tasa de preeclampsia en pacientes de alto riesgo o indicar terapias al detectar riesgo de parto pretérmino por la medición del cuello en la semana 22.

“Es necesario mejorar el diagnóstico para detectar la insuficiencia placentaria”

Dr. Daniel Cafici (Ecografista y Obstetra)

A lo largo del encuentro, pudo verse que esto no es sólo un problema para el diagnóstico preparto, sino que muchas veces sucede con equipos nuevos que no se usan por falta de información. Además de la necesidad de programas permanentes de capacitación dentro de las instituciones de salud, se insistió en la importancia que revestiría que los fabricantes de equipamiento asistieran de manera más activa al personal que va a vincularse con él.

“Hace falta complejidad, pero también educación. La neonatología necesita tecnología que se tiene que saber usar”

Dra. Daniela Satragno (Neonatóloga)

3- CAPACITACIÓN EN MANIOBRAS DE RCP

La Dra. Daniela Satragno hizo especial hincapié en este punto. La reanimación de recién nacidos muchas veces resulta el factor decisivo que permite que ese bebé pueda ser intervenido por la complicación que haya originado el episodio. Otras veces, no hay una complicación específica o patológica y es, simplemente, lo que posibilita preservar la vida del niño. La asfixia perinatal es la principal causa de reanimación neonatal y el equipo puede estar preparado para realizarla teniendo en cuenta ciertos factores de riesgo como la diabetes materna, la hipertensión gestacional o crónica, actividad fetal disminuida, cesárea urgente, líquido amniótico con meconio y otros de fácil detección prenatal o intraparto.

“Todos en un hospital tienen que saber reanimar, incluso el personal administrativo”

Dra. Daniela Satragno (Neonatóloga)

Por otro lado, su implementación es de muy bajo costo. Se resalta especialmente la importancia de que no sólo todo el personal de la institución de salud sepa reanimar, sino que el médico tratante instruya en maniobras de reanimación a las familias.

4- REGIONALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

La necesidad de caracterizar las instituciones según el tratamiento que pueden brindar fue una constante a lo largo de este encuentro entre profesionales de la salud. Actualmente, no hay una especificidad rígida en cuanto a la complejidad que cada unidad puede tratar. Esto ocasiona que muchas instituciones traten casos para los que no tienen el equipamiento necesario o el personal especializado que sería el óptimo.

“Muchas veces las felicitaciones por los planes e inversiones a largo plazo se las lleva otro y eso dificulta en algunos casos su implementación”

Dra. Carolina Tomasso (Pediatra)

Si cada centro de atención estuviera tipificado en cuanto al tipo de pacientes que puede recibir y tratar con la máxima calidad de atención posible, se facilitarían las derivaciones y en casos en los que el embarazo haya sido catalogado como de alto riesgo, el parto se daría directamente en la institución adecuada, maximizando los recursos disponibles.

Esto debería hacerse en cada provincia para garantizar una red a nivel nacional que minimice los costos para la salud pública en términos tanto monetarios (por ejemplo; es más caro trasladar un bebé en un avión sanitario que a la madre embarazada si en el lugar de residencia no poseen el equipamiento para tratarlo) como de calidad (hacerlo reduciría las muertes por causas evitables al asegurar el mejor tratamiento disponible).

5- NECESIDAD DE PLATAFORMAS DE DATOS MÁS ACCESIBLES Y RÁPIDAS

Para acompañar el sistema de regionalización, es necesario que el personal de salud interviniente en un caso pueda compartir de forma rápida y segura los datos del paciente. Actualmente, los profesionales muchas veces manejan las historias clínicas en papel, por lo que está todo por hacerse.

La clave entonces será la centralización de la información en un soporte digital que asegure confidencialidad y rapidez de intercambio, que no se vuelva obsoleto en el corto plazo y sea lo suficientemente accesible como para cubrir el amplio espectro de oportunidades de acceso a la tecnología en las instituciones de nuestro país.

6- FOMENTAR LA LACTANCIA MATERNA

Según la OMS, es recomendable la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses de edad y la lactancia materna continuada desde los 6 meses hasta los 2 años con agregado de otros alimentos.

En Argentina, sin embargo, la situación es la siguiente:

Tasas de LM, según edad y tipo de lactancia.

INDICADOR	Antes de los 6 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 a 15 meses
	%	%	%	%	%
LME	54	60	45	30	NA
LM Predominante	NA	3	6	9	NA
LM Completa	NA	63	51	39	NA
LM Parcial	NA	28	36	45	NA
LM Continua	NA	NA	NA	NA	61
Destete	NA	8	13	16	39

Fuente: elaboración propia de la DINAMI (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia)

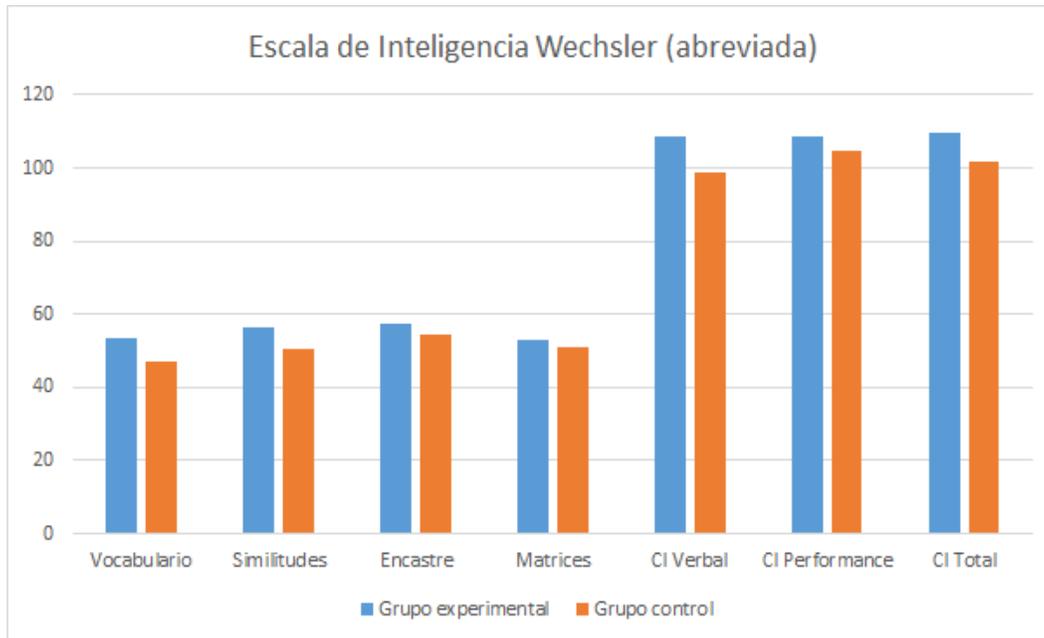
A pesar de que en la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de 2005 se aseguró que el 94,5% de los niños recibieron leche materna al nacer, el porcentaje disminuye drásticamente entre los 12 y los 15 meses, cuando el 39% de los niños ya no recibe leche materna.

En Conexión Salud, se han discutido las causas de abandono precoz del amamantamiento y se mostró como primordial mejorar la información acerca de los beneficios de la lactancia en el sistema de salud y promover la lactancia desde el sistema laboral otorgando facilidades a las madres. Desde Philips, esta necesidad se materializó mediante la construcción de un lactario de acceso libre para todas las empleadas que deseen extraerse leche..

*“Muchas mujeres no pueden poner la leche en la heladera del trabajo porque a los demás les da asco”
Paola de los Santos (Puericultora)*

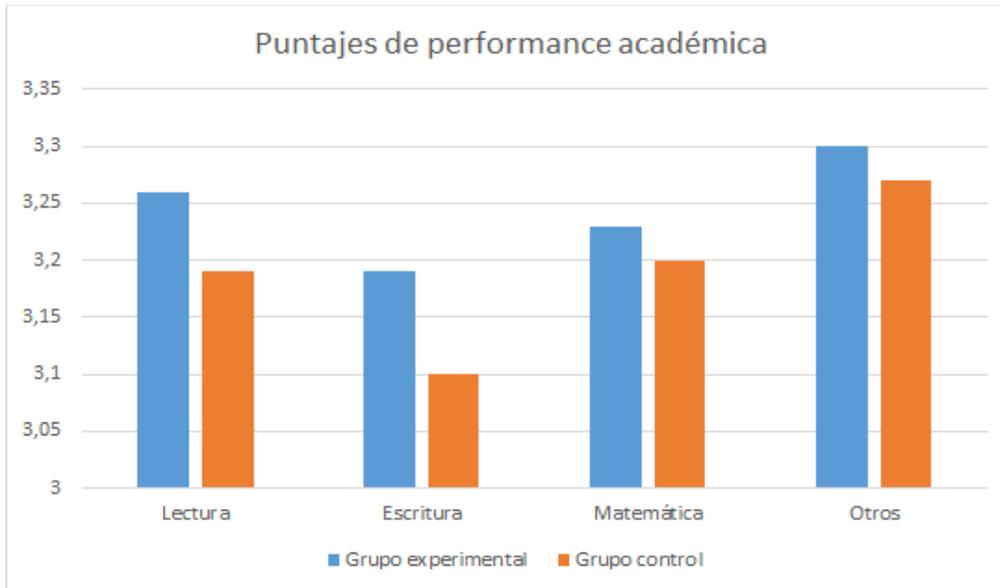
Esto resulta de especial importancia en el contexto de desigualdades que fue foco del encuentro. En un país en el que nacer en un lugar u otro determina tantas

diferencias en la calidad de vida, el desarrollo cognitivo es primordial para poder maximizar las oportunidades. Kramer et. al. realizaron el estudio a mayor escala hasta el momento, en el que analizaron datos obtenidos a partir del seguimiento de 13889 niños bielorrusos desde los 3 meses de edad hasta los 6 años y medio obteniendo los siguientes resultados (del grupo experimental el 43.3% fue alimentado exclusivamente con leche materna hasta los 3 meses vs el 6.4% en el grupo control y hubo una prevalencia significativa de cualquier tipo de lactancia (exclusiva o no) hasta los 12 meses también).



CI=Coeficiente Intelectual

Fuente: Elaboración propia a partir de "Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial" Kramer et. al, archives of General Pshychiatry,2008



Fuente: Elaboración propia a partir de “Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial” Kramer et. al, archives of General Pshychiatry,2008.

En un estudio publicado en el Journal Pediatrics, Samir Arora et. al. analizaron los datos obtenidos a partir de una encuesta realizada a 245 madres de Pensilvania. Cuando los niños eran recién nacidos, la tasa de iniciación de la lactancia era de 44.3%, a los 6 meses solo el 13% de los niños seguía siendo amamantado. Los números son bastante menores que los locales, pero teniendo en cuenta que Estados Unidos es uno de los dos países del mundo que no cuenta con licencia por maternidad obligatoria, resulta especialmente llamativo que la vuelta al trabajo haya sido el tercer factor detrás de las madres que eligieron alimentar con mamadera, detrás de incertidumbre acerca de la cantidad de leche en segundo lugar y en primero la percepción de la mujer acerca de la actitud del padre. A la hora de ponderar por qué las que amamantaban a sus hijos lo hacían, la primer causa fueron los beneficios para la salud del infante, la segunda el instinto y la tercera la conexión emocional con el bebé. Cuando a estas mujeres se les preguntó qué las hubiera motivado a amamantar dijeron 1) más información en los cursos pre parto, 2) más información en Tv, revistas y libros y 3) apoyo de la familia.

“La lactancia tiene que ser una política de estado, sino no sirve” Paola de los Santos (Puericultora)

Resulta de especial importancia entonces pensar qué cosas debían tenerse en cuenta a la hora de hablar con mujeres para que elijan amamantar a sus bebés. Desde el programa M.A.M.I (Móvil de Atención Materno Infantil), Philips ha centrado sus esfuerzos en dos ejes: asesoramiento para el fortalecimiento de los “centros de lactancia” en las maternidades destinado a enfermeros, médicos, nutricionistas y

también a las madres de los bebés internados en las Unidades de Neonatología de los hospitales visitados por el Móvil; y talleres para mamás de bebés prematuros para la correcta extracción de leche y su respectivo fraccionamiento, almacenamiento domiciliario y traslado. De esta manera, el personal que monitorea a las madres recientes y sus bebés cuenta con herramientas para fomentar la lactancia y en aquellos casos que se enfrentan con dificultades específicas que requieren toda la atención del personal médico las mismas familias pueden concentrarse en estimular la lactancia.

Otras apreciaciones fundamentales

Para comprender cabalmente la salud, es necesario definirla en función de la sociedad sobre la que se quiere intervenir. La práctica médica es también una práctica social y como tal no está libre de carga teórica en su ejercicio.

Este tipo de enfoque que muchas veces se considera abstracto, impacta también en cuestiones técnicas, como por ejemplo el trabajo de campo del Estudio de Omisión de Registro de Causa de Muerte Materna del Ministerio de Salud, que durante 2016 relevó información relacionada con las muertes maternas ocurridas en 2014 (última información consolidada y disponible) con el objetivo de estimar el grado de subregistro de muertes de mujeres en edad fértil y describir su estructura de causas en Argentina.

En dicho trabajo se especifica que hay diversas situaciones que facilitan la omisión del estado de embarazo en los registros relacionados con la muerte de una mujer. Por ejemplo, si la muerte de ésta se produce en los primeros meses del embarazo, muchas veces ni ésta ni sus allegados conocían esta condición. Asimismo, a medida que pasa el tiempo luego del parto, resulta más difícil recuperar el antecedente de embarazo.

Esta situación, que se repite en gran parte de los países, dio lugar a la creación de un grupo de trabajo de nivel mundial, integrado por diversas agencias internacionales de cooperación (MMEIG por las siglas de su nombre en inglés, Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group). Este grupo de expertos realiza sus propias estimaciones de la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) y periódicamente publica un índice que "corrige" las publicadas por los países.

Para el caso de Argentina, desde 1990 al presente se aplica un factor de corrección de 1,5 (es decir, se modifica el valor registrado, sumando un 50% a las defunciones maternas informadas por el país). Y dicho factor de corrección no ha sido modificado durante más de dos décadas.

Esto no es otra cosa que responder a la pregunta ¿qué se considera muerte materna? Si pensamos que esto es un mero ejercicio filosófico no podemos mejorar nuestros indicadores estadísticos, que como vimos a lo largo del documento son la principal herramienta de evaluación de la realidad. Los esfuerzos se están centrando en incluir muertes acaecidas uno o dos meses después del parto, identificando que las complicaciones fueron causadas efectivamente durante la gestación o el alumbramiento. Hasta ahora, estos casos escapaban a la estadística porque solo se consideraban en la inmediatez.

Por otro lado, el factor más fuerte de sesgo estadístico es el aborto. El Ministerio de Salud estima que se realizan 500.000 abortos clandestinos al año en nuestro país y que la ilegalidad de la práctica justamente hace que muchas mujeres no accedan a la

atención médica pertinente y estas muertes maternas no sean consideradas como tales.

Al analizar los datos de la OMS a nivel global, varios estudios (Say et.al 2014, Khan 2006) enfatizan las hemorragias y la hipertensión como las principales causas de muerte materna asociadas con los países en desarrollo. Ambos coinciden en la necesidad de implementar políticas públicas basadas en evidencia que se centren en la reducción de la mortalidad materna atacando directamente estos desórdenes.

CONCLUSIONES

Los beneficios de la lactancia son muchos y diversos, sin embargo es claro que el desafío pasa por su promoción. Desde 2012, Philips lleva a cabo M.A.M.I (Móvil de Atención Materno Infantil), un móvil que ofrece charlas de lactancia y ecografías gratuitas que hasta ahora ha visitado diversos hospitales del país ofreciendo, además de asistencia para la extracción y almacenamiento de leche para madres con niños internados, capacitaciones de RCP para los equipos de salud perinatal y padres.

La mortalidad materno infantil afecta el sistema de salud de manera transversal; y por eso resulta especialmente importante que las tecnologías disponibles sirvan a necesidades específicas. Para ello es imprescindible que los equipos humanos que vayan a manipularlas sepan hacerlo efectivamente y puedan dialogar con los desarrolladores para lograr que su máximo potencial se materialice.

Respecto a la tecnología de diagnóstico, el gran desafío sigue siendo la detección del bajo peso antes del nacimiento, seguido por la insuficiencia placentaria. Sin embargo, es prioritaria la optimización del uso de la tecnología disponible actualmente mediante la capacitación constante y mancomunada de los fabricantes y las instituciones de salud.

Es importante entonces, considerar el desarrollo y la innovación como engranajes de un sistema cuyo funcionamiento no depende de la fabricación de un producto que garantice un resultado, sino de la inserción de ese producto en un sistema que sea consciente de sus necesidades y pueda expresarlas claramente.

En este contexto, Philips hace hincapié en fomentar acciones que:

- Promuevan la capacitación en RCP. Para todos los empleados dentro de las instituciones de salud y todos los miembros de las familias que reciban a sus nuevos integrantes.
- Faciliten la lactancia materna. Tanto desde la difusión de la información de sus beneficios como de la adaptación de las estructuras edilicias.
- Generen instancias de formación para el personal operador de equipos.
- Confeccionen y distribuyan información para prevenir afecciones perinatales con énfasis en evitar y contener hemorragias e hipertensión.
- Tengan como foco la innovación en materia de gestión de datos que faciliten el diagnóstico y la atención.
- Planteen modificaciones estructurales del sistema de asignación de recursos a fin de igualar la calidad de la atención en las distintas regiones del país.

PHILIPS

Conexión Salud

