



Nacer con iguales oportunidades: controles prenatales y en un lugar adecuado

Este año la Campaña enfatiza sobre la necesidad de disminuir las brechas de inequidad que existen en el cumplimiento de los derechos 1 y 2 del Decálogo¹: a controles prenatales y a nacer en un lugar adecuado. Es necesario cubrir adecuadamente la atención materna y neonatal en cada provincia, de forma efectiva, segura y eficiente durante los 365 días del año.

Si bien existe un grupo de factores que operan como determinantes sociales de la salud (pobreza, desigualdades, exclusión social, educación, lugar de residencia, vivienda, transporte, etnia y redes de apoyo social y comunitario); es importante reconocer que **las condiciones del lugar** donde se produce el parto, **la calidad del servicio** que se brinda y **el acompañamiento familiar** son factores que pueden determinar la sobrevida del recién nacido y de la madre en cualquier momento de su embarazo, parto y puerperio. Dado que en Argentina el 99% de los nacimientos ocurren en instituciones de salud (750.432 de 758.042 nacimientos en 2011), estos factores juegan un rol crítico cuando se analiza la sobrevida de los recién nacidos prematuros, especialmente aquellos con peso menor a los 1.500 g.

Se estima que por lo menos un 20% de las enfermedades que sufren los niños y niñas menores de cinco años están relacionadas con la salud y nutrición deficientes de sus madres, así como con una pobre atención durante el embarazo y los primeros días de vida del recién nacido.

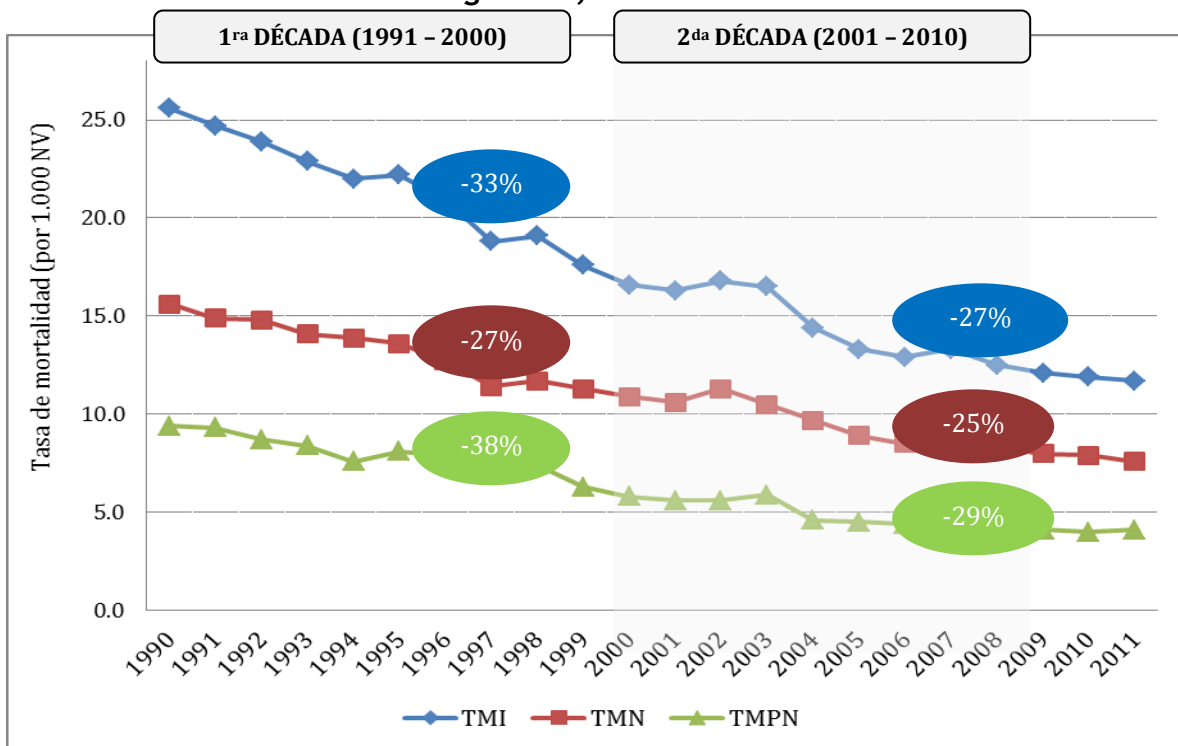
La **Semana del Prematuro** moviliza miles de activistas a nivel nacional para celebrar los éxitos alcanzados, examinar las tendencias de la salud del recién nacido e identificar las intervenciones clave y los cambios estratégicos necesarios para reducir las inequidades que todavía existen en nuestro país.

Tendencias en la salud infantil y neonatal

Se ha progresado mucho en estos años. La reducción del 54% de la mortalidad infantil entre 1990 y 2011 se explica por una caída tanto en la mortalidad post-neonatal (56,1%) como neonatal (51,4%); pero la mayor reducción se observó en la tasa de mortalidad post-neonatal. (Figura 1.)

Desde el año 2000, la mayor proporción de las muertes infantiles ocurren en el período neonatal y, fundamentalmente, durante la primera semana de vida.

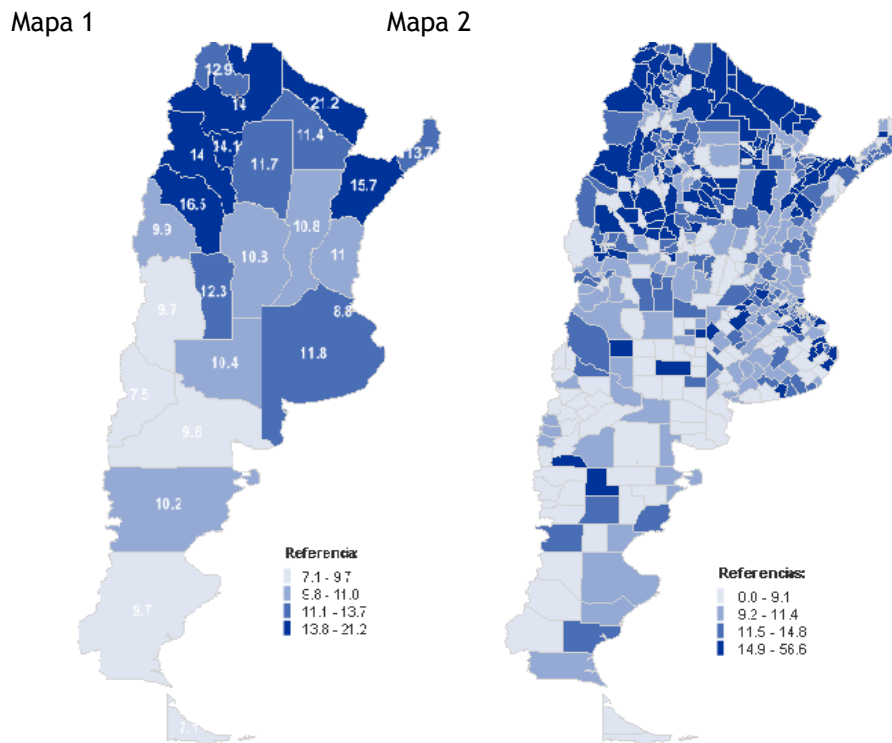
Figura 1. Evolución de la tasa de mortalidad infantil, post-neonatal y neonatal. Argentina, 1990-2011.



Nota: en los círculos se identifican los porcentajes de descenso acumulado en la primera y segunda década para cada una de las tasas. Fuente: UNICEF. Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Ministerio de Salud de la Nación. 2013.

Los resultados podrían ser aún mejores si se disminuyera la gran disparidad en el riesgo de morir para los niños menores de un año que viven en las distintas provincias argentinas. Mientras que en Formosa mueren 21,2 niños menores de un año cada 1.000 nacidos vivos, en Tierra del Fuego fallecen 7,1. La disparidad es aún más marcada si se analiza por departamentos. (Figura 2.)

Figura 2. Tasa de mortalidad infantil por provincia (Mapa 1, 2011) y por departamento (Mapa 2, trienio 2009-2011).

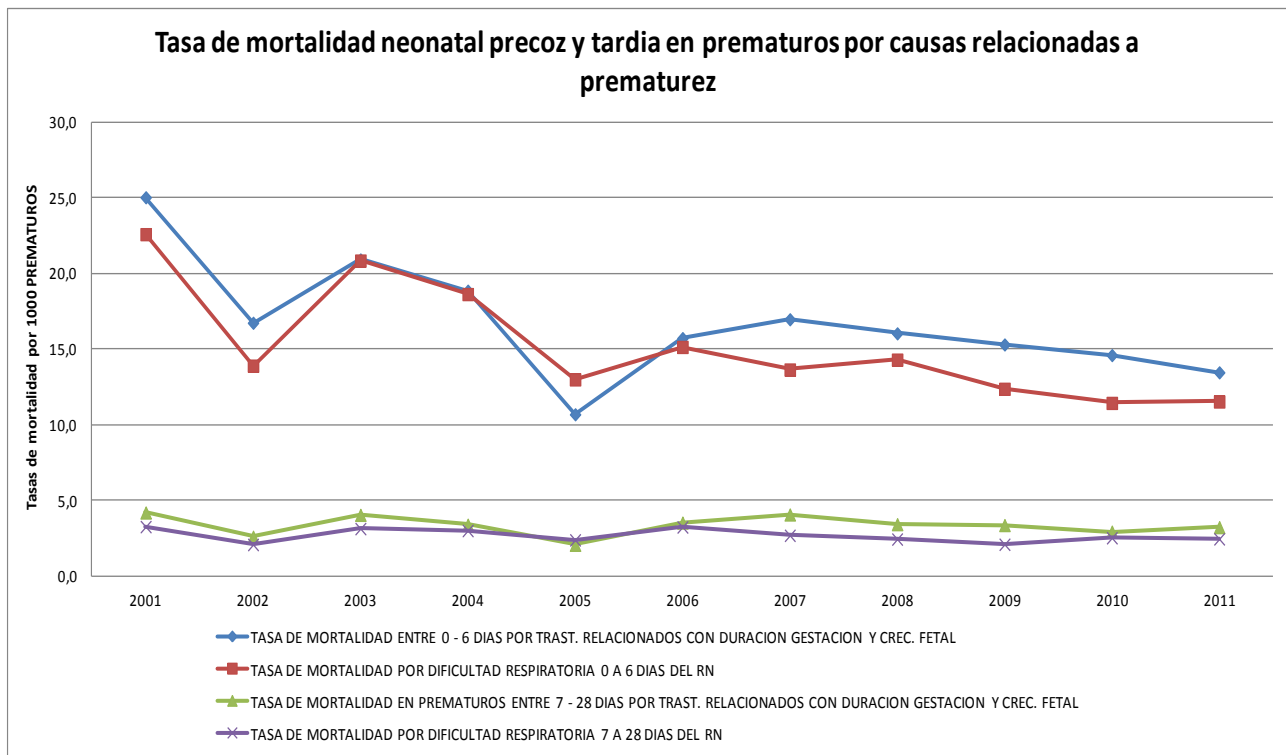


Fuente: mapa generado por UNICEF a partir de datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Ministerio de Salud de la Nación. 2013.

En los últimos 10 años se observó un descenso de la mortalidad precoz en recién nacidos pretérmino, tanto por trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal como por dificultad respiratoria (el porcentaje de variación interanual promedio fue -3% y -4%, respectivamente). La tasa de mortalidad neonatal tardía se mantuvo igual o presentó una tendencia ascendente. (Figura 3.)

La mayor reducción de la tasa de mortalidad neonatal precoz por trastornos relacionados a la gestación y la edad fetal se observó entre 2003 y 2005. Después de un leve incremento (entre 2006 y 2007) continúa descendiendo con un porcentaje anual del 5% del 2008 a 2010, y del 8% en el año 2011.

Figura 3. Tasa de mortalidad neonatal precoz y tardía en recién nacidos pretérmino en Argentina (2001-2011).



Fuente: UNICEF. Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Ministerio de Salud de la Nación. 2013.

En la Argentina, la sobrevivencia de quienes pesaron menos de 1.500 g al nacer mejoró en la última década, pero estamos lejos de los estándares internacionales. Mientras en los países industrializados y en muy pocas instituciones de nuestro país la sobrevivencia alcanza o supera el 90%, la estimación de sobrevivencia en los menores de 1.500 g, en 2011, alcanzó el 64%, contra el 61% en el 2010.

Un ejemplo paradigmático es el de la provincia de Neuquén, que presentó la tasa más baja de mortalidad en el grupo de niños y niñas que nacieron con menos de 1.500 g con un valor de 20,3/100; mientras que Formosa, Corrientes, La Rioja y Tucumán presentaron valores hasta 2,5 veces más elevados.

Si todas las provincias hubiesen tenido la tasa de mortalidad de Neuquén en recién nacidos, con menos de 1.500 g, se hubiesen prevenido 906 muertes neonatales bajando en 1,5 puntos la tasa de mortalidad infantil.

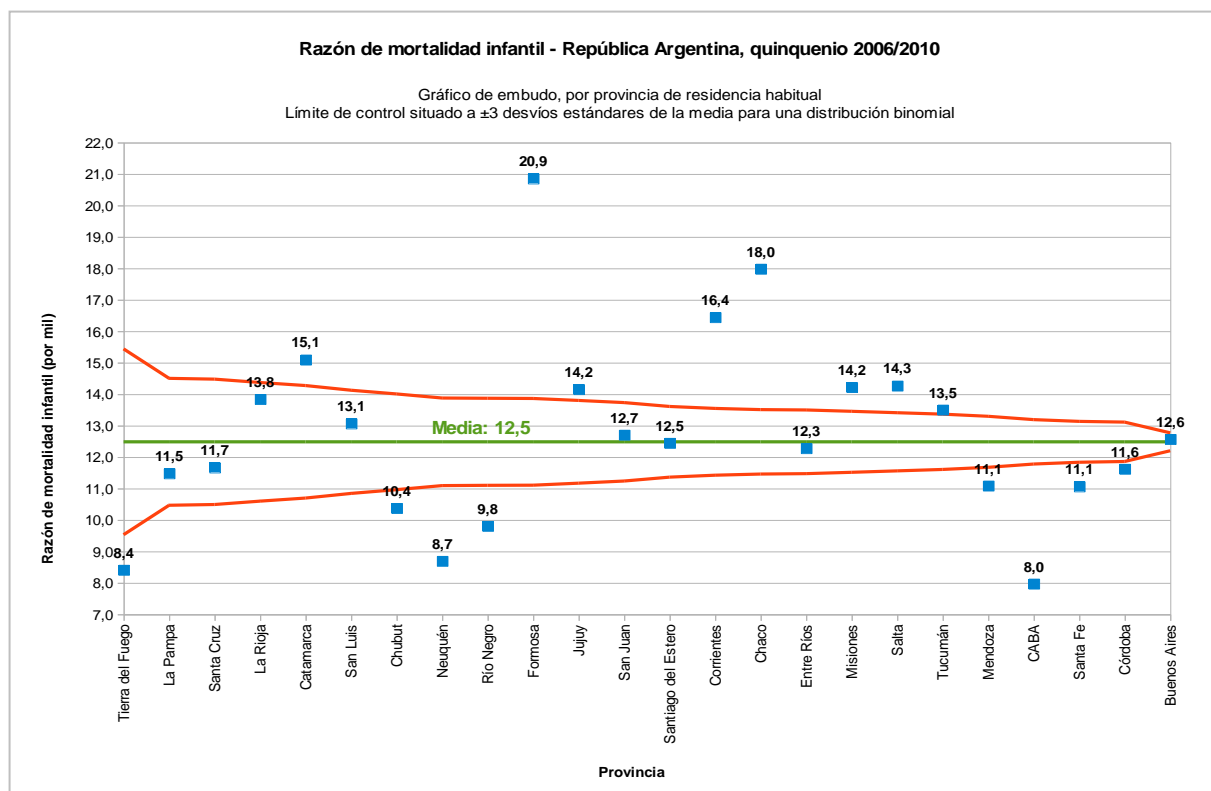
La inequidad detrás de los promedios

Inequidad y desigualdad a menudo se emplean como sinónimos, pero son conceptos diferentes. *Inequidad* resalta la existencia de disparidades injustas. *Desigualdad*, en cambio, permite ver diferencias de resultado; ganadas de manera justa o injusta. Las diferencias en las oportunidades de vida que derivan de factores fuera del control de una persona -o por las cuales la persona no puede ser considerada responsable- son consideradas inaceptables según el principio de la equidad. La principal preocupación por la equidad se fundamenta en los derechos humanos y se deriva de la necesidad de que todos los sectores de la sociedad tengan un interés en el desarrollo nacional para que éste sea sostenible². En este marco el incumplimiento de los derechos 1 y 2 es inadmisibles, dado que el país cuenta con todos los recursos para garantizar la atención materna y neonatal.

Si se analiza el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil (TMI) en las distintas jurisdicciones en el último quinquenio (2006-2010), con relación a la media nacional, ajustando por el tamaño de la población a través del empleo de los gráficos de embudo y la estimación de límites de control situados a ± 3 desvíos estándar para una distribución binomial, se observa que existe una marcada variabilidad de este indicador, con provincias que presentan valores muy por encima de la media nacional, y por fuera de los límites de control del gráfico de embudo. (Figura 4.)

Tres provincias, en los tres últimos quinquenios, presentaron los tres indicadores de mortalidad infantil con valores muy por encima de la media nacional y del límite de control superior: Chaco, Formosa y Misiones. Otras 3 provincias CABA, Neuquén y Santa Fe, para el mismo periodo presentan los tres indicadores con valores muy por debajo de la media nacional y del límite de control inferior

Figura 4. Gráfico de embudo de la TMI (2006-2010). Argentina.



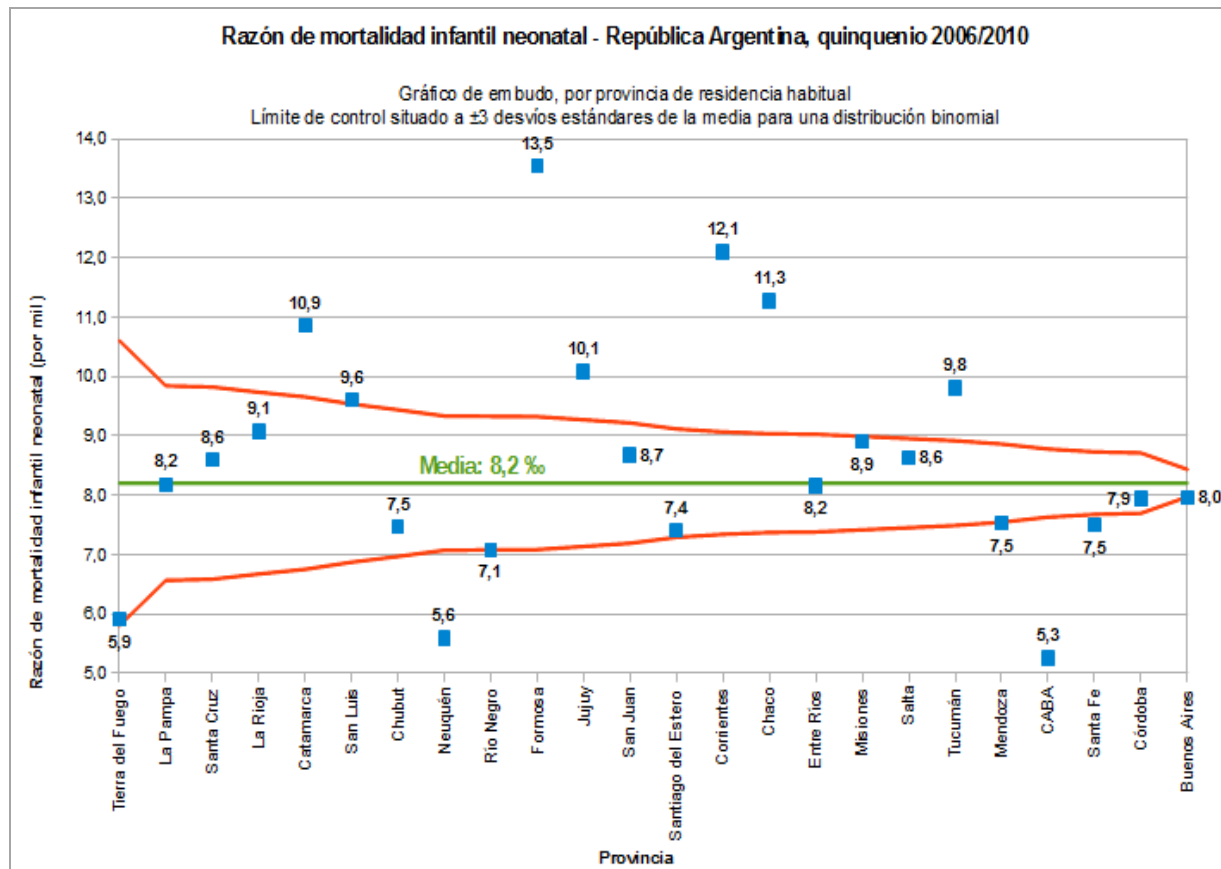
Fuente: gráfico generado por UNICEF a partir de los datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Ministerio de Salud de la Nación. 2013.

Todas las figuras muestran una gran dispersión de los valores provinciales, con un número elevado de provincias cuyos indicadores se encuentran por fuera de los límites de control superior e inferior del gráfico. Esta situación evidencia que, además de la “causa común” de variación atribuible al azar, existen otras fuentes de variación, por causas especiales, debidas a factores adicionales (covariables no medidas) que difieren entre las distintas provincias y que contribuyen a incrementar la variabilidad de las tasas. Según la terminología del método de control estadístico de procesos, podríamos considerar que el proceso observado no se encuentra “*bajo control*”. Estos resultados deben estimular la búsqueda de los factores demográficos, sociales y sanitarios que podrían ser incorporados al modelo para un mejor análisis de la variabilidad observada.

Esta metodología permite identificar a aquellas provincias con tasas en **situación favorable** (por debajo de la media nacional y del límite de control inferior); **situación aceptable** (tasas que no difieren de la media nacional, ubicadas dentro del límite inferior y superior del gráfico de embudo) y **situación de alerta** (tasas mayores a la media

nacional, ubicadas por encima del límite de control superior). En la figura 5 se observa el comportamiento de la mortalidad neonatal en el último quinquenio (2006-2010).

Figura 5. Gráfico de embudo de la TMI (2006-2010). Argentina.



Fuente: gráfico generado por UNICEF a partir de los datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Ministerio de Salud de la Nación. 2013.

¿Qué significa garantizar una adecuada cobertura de la atención materna y neonatal?

Cumplir con las CONE

Las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE), definidas por la Organización Mundial de la Salud, constituyen recursos humanos, físicos y económicos que indispensablemente deben estar presentes en todos los centros e instituciones donde nacen los niños y niñas, para garantizar la mayor seguridad en la atención materno-infantil al momento del parto.

Es necesaria mayor participación y control social en el monitoreo de las condiciones obstétricas y neonatales consideradas esenciales.

Las CONE incluyen las siguientes condiciones:

- Quirúrgicas y procedimientos obstétricos: realización de cesárea, reparación de desgarros vaginales altos, cervicales y rotura uterina, histerectomía, ectópico, fórceps, ventosa, extracción de placenta, legrado por aborto incompleto.
- Anestésicas: anestesia general y regional.
- Transfusión de sangre segura: grupo, prueba cruzada, banco o reserva renovable.
- Tratamientos médicos: para shock, sepsis, eclampsia.
- Asistencia neonatal inmediata: reanimación, control térmico.
- Evaluación del riesgo materno y neonatal: listados de factores obstétricos y neonatales.
- Transporte oportuno al nivel de referencia: teléfono, radio y vehículo permanente.

El cumplimiento de las CONE es básico para garantizar la sobrevivencia de todo recién nacido, independientemente de su peso o edad gestacional, y es crítico para los recién nacidos prematuros.

En el grupo de recién nacidos con menos de 1500 g, no basta con garantizar las CONE; se debe garantizar que la maternidad en la que nacen disponga de alta tecnología y profesionales altamente capacitados para asistir a estos bebés, que, dada su inmadurez, requieren procesos de atención de mayor complejidad.

No es lo mismo nacer a las 27 semanas de gestación que a las 34. A menor tiempo de gestación o menor peso al nacer, mayor es el riesgo de complicaciones y secuelas futuras.

Según un análisis de la base de datos correspondiente a esta evaluación -provista por el Ministerio de Salud de la Nación a UNICEF-, en nuestro país, en el año 2010, nacieron **73.403 niños y niñas** en maternidades públicas que no reunían las CONE. Esta cifra representa el 10% de los nacimientos que ocurrieron en Argentina en 2010 (756.176), por lo que podría afirmarse que, ese año, 1 de cada 10 niños y niñas nació en una maternidad o centro obstétrico que no reunía la totalidad de las CONE.

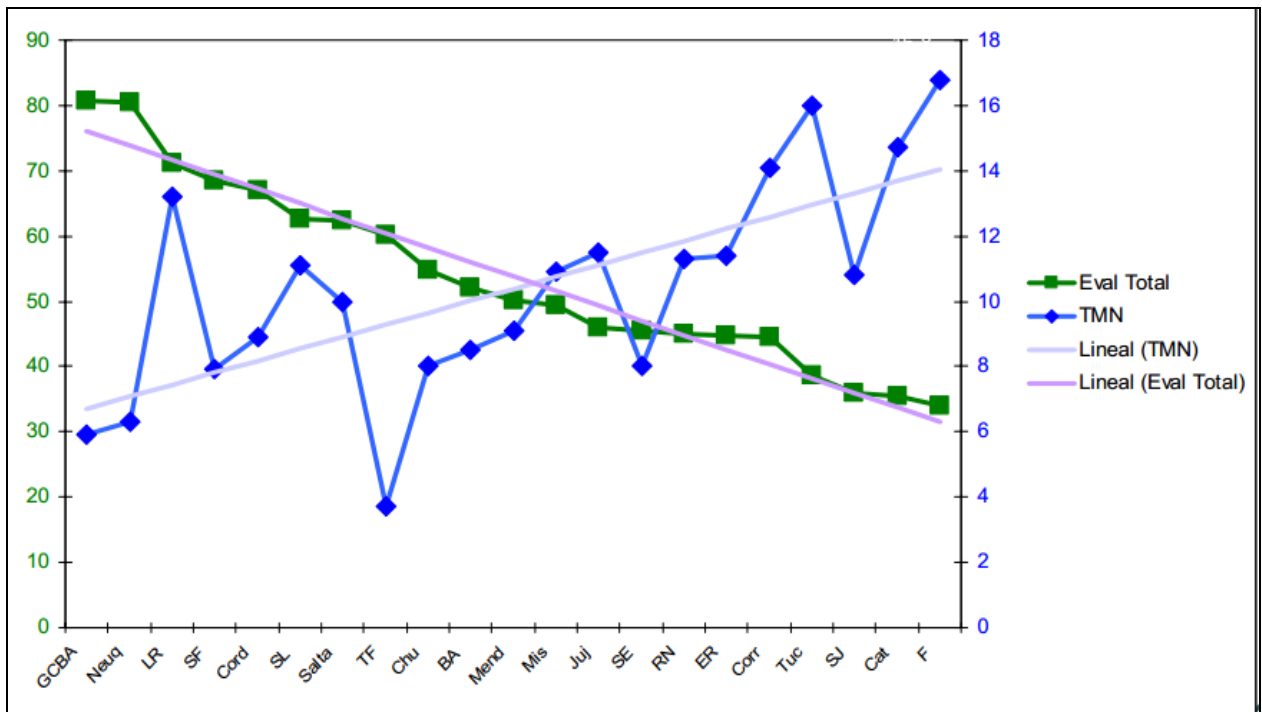
Otra estimación que surge de este informe es que, de los **73.403 niños y niñas** que nacieron en maternidades que no cumplían las CONE, **30.407 nacieron en 14 grandes maternidades** y **42.996 niños y niñas en 309 pequeños centros obstétricos** (con menos de 1.000 partos por año), distribuidos en todo el país.

En el año 2011, el Ministerio de Salud de la Nación difundió los resultados de la segunda evaluación de las maternidades públicas argentinas (2010-2011). De las 630 maternidades con información disponible, se pudo valorar el cumplimiento de las CONE en 585 (92%), el 44% las cumplieron en su totalidad. La condición menos cumplida fue la disponibilidad de sangre para transfusión: solo el 54% cumplía esta condición.

Según este informe, el promedio de partos asistidos en establecimientos públicos que no cumplen con las CONE fue del 17%, con grandes variaciones según las jurisdicciones. En 8 jurisdicciones, más del 25% de los nacimientos atendidos no ofrecieron las condiciones mínimas; en otras 5, los valores oscilaron entre el 10% y el 20%; y en las restantes, el promedio fue inferior al 10%. Al analizar los números absolutos de partos anuales asistidos sin cumplimiento de las CONE, la provincia de Buenos Aires aparece con el mayor número si se la compara con Catamarca; sin embargo, en términos relativos, los 627 partos de Catamarca representaron el 38% de sus partos, mientras que los 20.000 de Buenos Aires, el 17%³.

A partir de los datos provistos por el Anuario del Sistema Informático Perinatal (SIP), Celia Lomuto analizó, en el año 2006, la relación entre la mortalidad neonatal y el grado de cumplimiento total de la guía empleada para evaluar las condiciones de trabajo de los servicios de obstetricia y neonatología, y observó que a menor grado de cumplimiento se incrementa la mortalidad neonatal⁴. (Figura 6.)

Figura 6. Relación entre los promedios de cumplimiento total de la Guía y la tasa de mortalidad neonatal, según provincias (2006).



Fuente: Lomuto, Celia. Prematuridad en Argentina. Su impacto en la Mortalidad Infantil. Disponible en: http://www.asumen.org.ar/pdf/prematuridad_lomuto09.pdf.

¿Cómo se puede garantizar una adecuada cobertura de la atención materna y neonatal?

Redes perinatales regionalizadas y reguladas

La regionalización de la atención materno-neonatal es una de las estrategias con mayor impacto en la reducción de las muertes de los recién nacidos prematuros y en la prevención de las complicaciones asociadas a esta condición. En aquellos países que presentan una mortalidad neonatal de hasta 15%, como es el caso de Argentina, la regionalización es la estrategia preferible para reducir la mortalidad neonatal.

Se requiere que el sistema de salud se organice de manera tal que asegure la accesibilidad de la atención a la embarazada y que, según los riesgos que presente ella y/o su bebé, reciban la atención necesaria. Desde hace más de tres décadas, se ha instalado fuertemente a nivel internacional la importancia de regionalizar la atención materna y neonatal para garantizar que los recién nacidos de muy bajo peso sean asistidos en las maternidades con los mayores de niveles de complejidad⁵.

Regionalización de los servicios materno-perinatales significa contar con un sistema de salud materno y perinatal coordinado; basado en acuerdos entre instituciones y equipos de salud para atender a la población según sus necesidades, con el fin de alcanzar los siguientes objetivos:

- 1) atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos;
- 2) utilización apropiada de la tecnología requerida y del personal perinatal altamente entrenado con un costo/efectividad razonable.

Este concepto surgió en Estados Unidos en 1976 como una forma de garantizar el acceso y de incrementar la capacidad de atención de las unidades de cuidado intensivo neonatal. La regionalización organiza a los servicios perinatales en niveles crecientes de complejidad: el nivel III es aquel que está lo suficientemente equipado como para atender las enfermedades y desórdenes que presentan los recién nacidos pretérmino y, en especial, aquellos de muy bajo peso al nacer. Recientemente, se publicaron los resultados de un meta-análisis que incluyó 41 estudios que evaluaban la efectividad de esta estrategia. El análisis combinado de estos estudios mostró que el riesgo de muerte neonatal o de muerte antes del alta hospitalaria de los recién nacidos de muy bajo peso o pretérmino es significativamente mayor en aquellos que nacen en maternidades con un nivel de complejidad menor a III⁶.

La evaluación de las maternidades públicas en Argentina mostró, entre otros aspectos, que el número total de instituciones en el país es muy elevado, y su promedio de nacimientos es bajo si se compara, por ejemplo, con el promedio de los países de la Unión Europea, que hace más de dos décadas iniciaron procesos de regionalización y concentración de partos en maternidades grandes. La cantidad desmedida y desigualmente distribuida de maternidades en nuestro país se explica, en parte, porque su creación y/o distribución sucedió por necesidades o razones de diversa índole, que no necesariamente respondían a la realidad sanitaria del área geográfica. Un sistema de salud fragmentado, con insuficiente actividad regulatoria y de control del Estado sobre el sector privado y el de las obras sociales tuvo como resultado que, hacia el año 2008, hubiera aproximadamente 472 establecimientos (217 públicos y 165 privados) con oferta de Terapia Intensiva Neonatal.

Todo esto contribuyó a tener plantas físicas sin la adecuada dotación de personal y los suministros esenciales para una correcta atención materno- perinatal, lo que impactó negativamente en la calidad de la atención y el incremento del gasto.

Las limitaciones de política regulatoria tuvieron como resultado una proliferación, tanto en el sector público como en el privado, de pequeñas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). En el marco de esta tendencia, Argentina tiene registradas 472 unidades de este tipo, tres veces más que las que tiene Reino Unido para atender un número similar de partos, y 16 veces más que las que tienen Canadá o Chile, países estos con tasas de mortalidad maternas e infantiles menores que las nacionales.⁷

Frente a esta situación, el Ministerio de Salud de la Nación tomó la decisión política de avanzar en la regionalización, entre otras acciones, a través de la implementación del *Plan Operativo para la reducción de la mortalidad materna e infantil (2009)*, que incluye distintas estrategias de acción, pero que tiene a la regionalización de los servicios de salud como uno de sus componentes esenciales para corregir las fallas de articulación entre los niveles de la atención perinatal.

¿Cómo prevenir la prematurez y evitar las muertes neonatales?

Los controles durante el embarazo pueden prevenir la prematurez; y que el parto se produzca en un lugar adecuado puede evitar la muerte materna e infantil.

El control durante el embarazo permite:

- a) Indagar sobre la edad de la madre, sus hábitos, si tuvo hijos y cuántos. Se sabe que las madres adolescentes o que tuvieron muchos hijos anteriores, así como las embarazadas que no se alimentan bien, fuman o consumen drogas o alcohol, tienen más riesgos de tener un hijo prematuro.
- b) Saber si una mamá ya tuvo un bebé que nació prematuro. Esto es importante porque, de ser así, tiene entre 5 y 7 veces más posibilidades de volver a tener un hijo que nazca antes de término.
- c) Detectar tempranamente enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes en la mujer y el retardo de crecimiento del feto.
- d) identificar si la mujer está bajo una situación stress, como un embarazo no deseado o ser víctima de violencia familiar o laboral.

La mejor forma de prevenir un parto anticipado es el uso de anticonceptivos para que pasen por lo menos 2 años después del siguiente, realizar una consulta médica antes de embarazar.

El 90% de los recién nacidos no necesita de asistencia médica, y los miembros del equipo de salud solo supervisan para detectar anomalías. El 10% requiere algún tipo de ayuda, y el 1% de ellos necesita maniobras de reanimación.

Se ha demostrado que la **privación social y afectiva**, definida como: *la falta de educación, de controles prenatales y de contención emocional de la mujer embarazada*, afecta negativamente su salud y la de su bebé. Por eso son tan importantes el monitoreo

de la salud mental de la embarazada y su entorno psicosocial como los controles biomédicos. La ansiedad materna puede provocar parto prematuro y afectar el crecimiento intrauterino.

Nacer en un lugar adecuado

El nacimiento es el momento con más riesgo en la vida de todo ser humano, se la reconoce como *la hora de oro*, ya que ninguna otra hora de su vida estará tan cargada de drásticos cambios y grandes peligros. En pocos minutos el bebé debe adaptarse a cambios radicales.

Muchas de las muertes de los recién nacidos pueden prevenirse asegurando el acceso universal a un conjunto de intervenciones de bajo costo y probada efectividad (Tabla 1). Pero también es importante prever donde nacerá y saber si el lugar es adecuado.

Un lugar adecuado se valora según los atributos de seis elementos que se consideran clave: 1) recursos e infraestructura; 2) equipos y redes de salud organizadas que utilizan intervenciones que han demostrado ser seguras y efectivas; 3) contención emocional y acompañamiento familiar; 4) entramado social; 5) respeto por la singularidad; y 6) acceso a la información y la comunicación.

1) Recursos e infraestructura: se refiere a equipamiento, instalaciones, personal, servicios de apoyo, formación y organización de servicios (incluyendo el transporte). Todo lo necesario para cubrir las prestaciones de cada nivel de cuidados. Esto, en Argentina, es definido por el Ministerio de Salud de la Nación⁸.

2) Equipo y redes de salud organizadas que utilicen intervenciones que han demostrado ser seguras y efectivas: las deficiencias identificadas en el sistema de atención residen principalmente en la **derivación de pacientes**, una escasa inversión en la capacitación continua de los profesionales y una alta variabilidad en las prácticas de los mismos. Todo se profundiza ante la falta de guías de práctica clínica, normas, protocolos, etc. También se destaca la necesidad de trabajo interdisciplinario y transdisciplinario entre los equipos y la capacitación a las familias sobre los cuidados del bebé prematuro.

3) Contención emocional y acompañamiento familiar: el acompañamiento de la pareja y la familia a la madre durante el parto, el acceso irrestricto de los padres a las salas de internación, y la residencia para madres son clave para cumplir con este atributo. Abrir las puertas de las maternidades a las mamás, las 24 horas, favorece la sobrevida de los bebés.

Los padres no son visita es el lema del derecho 9 del *Decálogo* y el principal atributo para que un lugar sea adecuado. La cercanía, además, favorece la lactancia materna, el único alimento que cubre todas las necesidades proteicas y de anticuerpos para su recuperación.

4) Respeto por la singularidad: tanto las culturales como las de contexto y trayectoria de vida, todas las singularidades de las familias deben ser respetadas.

5) Entramado social: se refiere al acompañamiento entre distintas familias, la formación de una comunidad de padres donde se genera un espacio de contención y vínculos para que se sostengan mutuamente.

6) Acceso a la información y comunicación: se refiere a la importancia de empezar a comunicar con claridad y simpleza al describir diagnósticos y al informar sobre los derechos. También es necesario que los padres sean escuchados y capacitados.

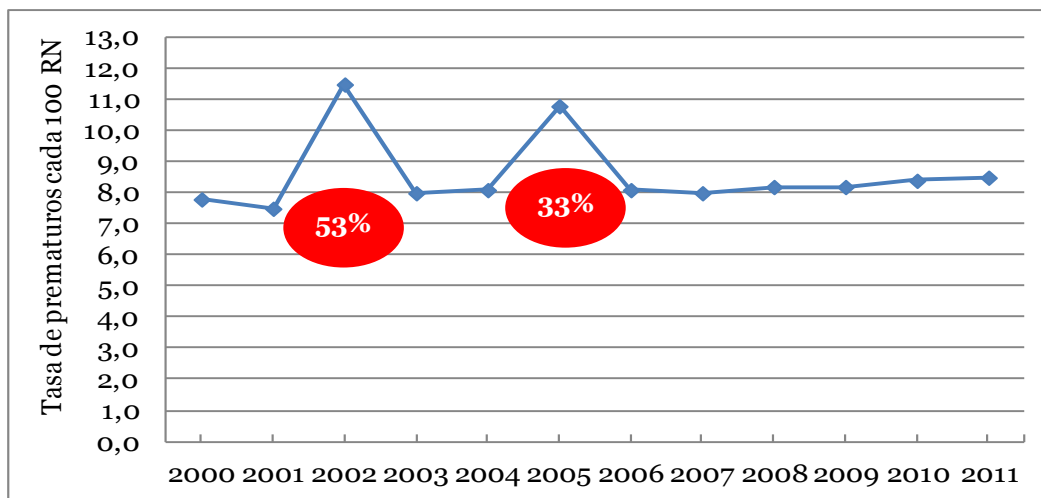
Tres razones porque preocuparnos

1. *Cada año nacen más bebés prematuros.*
2. *Existen barreras que obstaculizan la regionalización.*
3. *Existen brechas de conocimiento y de acción.*

Cada año nacen más prematuros

En el año 2011, el 8,5% del total de los nacimientos (64.386 niños) ocurrieron antes de la semana 37; mientras que en el año 2000, fue el 7,8%. Según un artículo recientemente publicado, donde se valoraban las tasas de prematurez durante los últimos 10 años en 39 países de renta media y media alta, **Argentina presentó el segundo incremento más elevado (+4,2%) de la tasa de nacimientos prematuros en el período⁹**. No ha sido posible definir cuáles fueron las causas de este incremento, ya que es compleja la interrelación de los diferentes factores: socioeconómicos, ambientales, genéticos y de prácticas instaladas que podrían incidir en la prematurez. (Figura 7.)

Figura 7. Evolución de la tasa de prematurez (cada 100 recién nacidos). Argentina (2000-2011).



Fuente: DevInfo - UNICEF (a partir de datos de la DEIS). En círculos rojos se muestra el porcentaje de VI de la tasa de prematuridad correspondiente al año 2002 (incremento del 53% respecto al año presente) y al 2005 (incremento del 33%).

Barreras que obstaculizan la regionalización

Las principales son:

- a. Segmentación del sistema de atención perinatal y falta de articulación entre los subsectores público, privado y de la seguridad social.
- b. Fallas en la articulación y en los sistemas de traslado entre los distintos niveles de complejidad, que limitan o retrasan el acceso de la embarazada con amenaza de parto pretérmino, comprometiendo la sobrevivencia de su hijo por nacer.
- c. Algunas de las grandes maternidades que deben funcionar como cabecera de región y garantizar la asistencia de la urgencia y emergencia obstétrica y recién nacidos de muy bajo peso al nacer, no cumplen las CONE.
- d. Insuficiente cantidad de recursos humanos, sobre todo del recurso humano crítico para la atención del recién nacido de mayor riesgo, como personal de enfermería especializado. En la evaluación de las maternidades públicas, el grado de cumplimiento de la condición relacionada con los recursos humanos fue la más baja de todas, ubicándose en un 46%.
- e. La organización, distribución, capacitación, remuneración e incentivos de los recursos humanos es un factor mencionado recurrentemente por los equipos de salud que trabajan en las UCIN como limitantes para la plena realización de los derechos de los prematuros que allí se asisten. Las causas en el deterioro de la formación, incentivos y salarios son múltiples y sujetas a coyunturas históricas, pero definitivamente los recursos humanos de la salud en general, y en el área de neonatología y obstetricia en particular, requieren un análisis y planificación minuciosos para revertir la situación actual.

Brechas de conocimiento y de acción

En la actualidad, existe una brecha de conocimiento en lo que respecta a intervenciones efectivas para reducir la incidencia de la prematuridad; sin embargo, en lo que respecta a la reducción de la morbilidad y mortalidad asociada a esta condición, la brecha es de acción: se sabe qué se debe hacer (Tabla 1), pero distintos factores, fundamentalmente de tipo organizacional, limitan la implementación de estas prácticas e intervenciones efectivas, lo que impacta en la supervivencia y calidad de vida de los recién nacidos prematuros.

Por ejemplo, en la hora de oro del recién nacido de bajo riesgo es esencial el clampeo de cordón oportuno, facilitar el apego padres-hijos con el contacto piel a piel, promover la lactancia materna, y prevenir la hipotermia. Para la atención en los recién nacidos de alto riesgo o prematuros, en la hora de oro se requiere la iniciación protocolizada de los tratamientos para estabilizar rápidamente al bebé, disminuir la progresión de la enfermedad y prevenir el daño.

Tabla 1. Intervenciones esenciales

Corticoides en mujeres con parto prematuro para la maduración pulmonar del recién nacido.
Reanimación cardiopulmonar.
Limpieza del cordón umbilical para prevenir infecciones.
Administración de antibióticos (para tratar la sepsis y la neumonía).
Contacto piel a piel.
Lactancia materna exclusiva.

En el grupo de los recién nacidos con menos de 1.500 gramos la falta de información y estadísticas a nivel nacional no permiten determinar con precisión la cantidad de niños y niñas afectados por complicaciones, secuelas y discapacidades asociadas con las fallas en los procesos de atención. Utilizando los resultados de estudios realizados en otros países, se estima que 4 de cada 10 recién nacidos prematuros que pesaron al nacer menos de 1.500 g sufrirán -junto a su familia- las consecuencias de eventos que, en muchos casos, podrían haberse evitado, como la ceguera, hipoacusias, algún grado de parálisis cerebral, retrasos o desvíos del desarrollo, entre las consideradas secuelas mayores, además de otras secuelas como fallos de crecimiento, trastornos de atención, de conducta o de aprendizaje¹⁰. (Tabla 2.)

Tabla 2. Estimación de la cantidad de niños y niñas con alguna complicación grave por prematurez

	2011
Cantidad de nacidos vivos prematuros	64.386
Nacidos vivos con peso menor a 1.500 gramos	8.305
Murieron a los 30 días	2.572
Sobrevivieron al año	5.733
Con ceguera	143
Con hipoacusia	167
Con parálisis cerebral	357
Con discapacidad cognitiva severa	1.189
Con una discapacidad severa global	1.261

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, y Marlow, N.; Wolke, D.; Bracewell, M.A. y Samara, M. "Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth". N Engl J Med. 2005; 352: 9-19.

Responsable de este documento

Zulma Ortiz. Especialista en Salud. UNICEF-Argentina

zortiz@unicef.org

@zulmaortizok

Contactos de Comunicación - UNICEF-Argentina:

María José Ravalli mjravalli@unicef.org / 5093- 7154/ 011 15-3196-0764

Natalia L. Calisti ncalisti@unicef.org / 5093-7150/ 011 15-4147-2785

1) Ortiz, Zulma; Ravalli, María José; Bauer, Gabriela et al. Semana del prematuro: Decálogo de los derechos. UNICEF, Buenos Aires, 2010. Disponible en:

www.unicef.org/argentina/spanish/DECALOGO.pdf. decálogo

-
- 2) Unicef. Progreso Para La Infancia. Lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio con equidad. Número 9, septiembre de 2010. Disponible en http://www.unicef.org/argentina/spanish/media_10997.htm
 - 3) Speranza A; Lomuto C y col. Evaluación de las maternidades públicas, 2010-2011. RASP 2011; 2 (9): 43-47.
 - 4) Lomuto C. Prematurez en Argentina. Su impacto en la Mortalidad Infantil. Disponible en: http://www.asumen.org.ar/pdf/prematurez_lomuto09.pdf
 - 5) Yu V, Dunn P: Development of regionalized perinatal care. Seminars in Neonatology (2004) 9,89-97.
 - 6) Lasswell SM; Barfield WD; Rochat RW; Blackmon L. Perinatal Regionalization for Very Low-Birth-Weight and Very Preterm Infants. A Meta-analysis. JAMA. 2010;304(9):992-1000.
 - 7) Speranza A; Kurlat I. Regionalización del cuidado perinatal: Una estrategia para disminuir la mortalidad Infantil y la mortalidad materna. RASP 2011; 2 (7):40-42.
 - 8) Speranza A, Lomuto C, Santa María C, Nigri C, Williams G. Evaluación de maternidades públicas Argentinas, 2010-2011. Salud Investiga, Sala de situación. Disponible en <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen9/sala-situacion.pdf>
 - 9) Chang, H.; Larson, J.; Blencowe, H.; Spong, C.Y.; Howson, C.P.; Cairns-Smith, S., et al. "Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index". The Lancet, 2013; Volume 381, Issue 9862, Pages 223 - 234.
 - 10) Ortiz Z; Perrota C; Bauer G; Martínez Cáceres MJ. Derechos de los recién nacidos prematuros. Derecho 7: Acceder a programas integrales de seguimiento. Semana del Prematuro 2012. UNICEF ARGENTINA, 2012. Disponible en http://www.unicef.org/argentina/spanish/Guia_Derecho7_web.pdf