

Responder a los retos, introducir cambios, salvar vidas

No. 7

Junio de 2003

ESTIMADOS COLEGAS:

Así como hay conexiones físicas y emocionales entre las mujeres y sus hijitos, también hay conexiones programáticas entre la salud materna y la salud perinatal. La definición de dichas conexiones programáticas ha formado parte del desarrollo de la Iniciativa de Maternidad sin Riesgo. Es ahora evidente que para reducir la muerte y discapacidad maternas, es necesario que las mujeres tengan acceso a establecimientos de salud donde se ofrezca atención obstétrica de emergencia (AOEm). Por otra parte, también es posible prevenir una gran proporción de defunciones perinatales mediante servicios prestados en establecimientos de salud y en el hogar. Las conexiones programáticas de importancia crítica, analizadas por expertos de organismos aliados, son el tema de este número de AMDD Notebook.

El compromiso de antigua data del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en pro de los recién nacidos y los niños se refleja en los diversos programas que apoya en más de 160 países, territorios y zonas. Desde el decenio de 1960, los programas del UNICEF que promueven inmunización, uso de sales de rehidratación oral, vigilancia del crecimiento y amamantamiento han salvado las vidas de millones de niños en todo el mundo.

En el decenio de 1990, el UNICEF enmarcó sus políticas y programas en los principios de derechos humanos y reconoció que la falta de vigencia de los derechos humanos afecta las vidas de las personas más vulnerables y postergadas en la sociedad. Dentro de ese marco, el UNICEF reconoce los vínculos fundamentales entre derechos humanos y salud, promoviendo acciones científicamente fundamentadas y cambios estructurales que pueden apoyar su sostenibilidad.

Los cambios en las estrategias requieren modificaciones de enorme magnitud en la fijación de prioridades y la formulación de programas y, como todos los demás cambios, pueden ser particularmente difíciles. Pese a esas circunstancias, el UNICEF, en su estrategia fundamental para reducir la mortalidad materna y, en cierta medida, la mortalidad perinatal, está efectuando una transición, desde basarse en las parteras tradicionales y los botiquines de asistencia del parto hacia proporcionar AOEm. La decisión de asegurar el acceso a la AOEm refleja el compromiso del UNICEF en pro de salvar vidas de mujeres, como fin en sí mismo, y el cumplimiento de la promesa del UNICEF de dar a los recién nacidos el mejor comienzo en la vida.

En este número, Vincent Fauveau y Anne Paxton indican cómo la AOEm previene en ciertos casos las defunciones perinatales. Por ejemplo, la prevención de la preeclampsia y la eclampsia y las operaciones cesáreas pueden prevenir defunciones maternas y perinatales.

A partir de 1991, la Universidad de Columbia ha colaborado con el UNICEF en cuestiones relativas a la mortalidad materna, primeramente en el Asia meridional y ahora en África al sur del Sahara. El Programa AMDD ha proporcionado asistencia técnica, documentos, instrumentos y (más recientemente) apoyo financiero. Nuestra colaboración se basa en metas compartidas y conexiones programáticas encuadradas en los principios de derechos humanos.

Porque tenemos la convicción de que, cuando se dispone de sistemas y servicios de salud, es posible que las mujeres tengan embarazos y partos saludables y los recién nacidos sobrevivan su largo tránsito a través del canal de parto. El argumento más convincente al respecto puede encontrarse en los principios de derechos humanos que son en verdad—y siempre han sido—la piedra angular de todas las acciones.

Marilen J. Danguilan, MD

*Asesora Superior, Salud de la Mujer
UNICEF*

EN ESTE NÚMERO . . .

Buenas prácticas	2
Preguntas y respuestas: Monitoreo de servicios obstétricos: Medición de la mortalidad perinatal	3
Prevenir la defunción materna contribuye a prevenir la defunción perinatal	4
La Superposición p. 4, Defunciones perinatales p. 5, Las Experiencias de CARE p. 7, Lecciones de la Iniciativa SNL, p. 8	
Conferencia: Salud reproductiva, del desastre al desarrollo	6
Conferencia de AMDD a celebrarse en octubre	7

EL PROGRAMA AMDD

El Programa AMDD (Evitar la muerte y discapacidad maternas) fue iniciado en 1999 en el Heilbrunn Center for Population and Family Health, Mailman School of Public Health, Universidad de Columbia, a fin de cooperar con los países en desarrollo para mejorar la disponibilidad, la calidad y la utilización de los servicios de atención obstétrica de emergencia (AOEm).

La premisa básica del Programa AMDD es que la mayoría de las complicaciones obstétricas causantes de defunciones de madres no pueden ser ni pronosticadas ni prevenidas, pero que es posible salvar las vidas de una gran mayoría de esas mujeres si se ofrece tratamiento sin tardanza. El Programa AMDD aborda tres esferas conectadas entre sí: cuestiones médicas, capacidad de gestión y derechos humanos.

El Programa AMDD ha entablado alianzas con organizaciones que ya realizan actividades sobre el terreno. Esos aliados están ejecutando actualmente 86 proyectos que reciben el apoyo del Programa AMDD en 51 países:

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): proyectos en Bangladesh, Bhután, la India, Nepal, el Pakistán y Sri Lanka.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA): proyectos en la India, Marruecos, Mozambique y Nicaragua.

Red Regional de Prevención de la Mortalidad Materna (RPMM): equipos y proyectos en 19 países de África al sur del Sahara.

CARE: proyectos en Etiopía, el Perú, Rwanda, Tanzania y Tayikistán.

Save the Children: proyectos en Malí y Viet Nam.

Consortio de Salud Reproductiva para Refugiados (RHRC): proyectos en 12 países.

Entre los principales instrumentos del Programa AMDD figuran los Indicadores de Procesos elaborados en la Universidad de Columbia y dados a conocer por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Entre los aliados técnicos del Programa AMDD figuran:

Family Health International
John Snow International
Instituto Indio de Gestión en Ahmedabad (IIMA)
JHPIEGO
EngenderHealth

El Programa AMDD está financiado por la Bill and Melinda Gates Foundation

(Fundación Bill y Melinda Gates)

BUENAS PRÁCTICAS

Trabajo voluntario: Hospitales acogedores para las pacientes

Cuando los pacientes llegan por primera vez a un hospital, tienen miedo. El hospital es un ámbito nuevo, los pacientes están enfermos, y nadie se dirige a ellos o a sus familiares de manera amistosa y tranquilizadora ni puede orientarlos hacia los distintos servicios.

En el caso de las mujeres que sufren complicaciones obstétricas, los hospitales pueden ser aún más intimidantes dado que en muchos casos, las pacientes llegan al hospital después de padecer grandes dolores y sufrimientos en su hogar. En los países en desarrollo, en muchos hospitales el personal está débilmente motivado, posee escasas aptitudes de comunicación y no está dispuesto a brindar asistencia no médica a las pacientes. Mientras tanto, los gobiernos que tropiezan con dificultades presupuestarias no pueden aumentar la dotación de personal. En esas circunstancias, ¿cómo se logra que el hospital sea acogedor para las pacientes? Son útiles al respecto las experiencias recogidas en el Hospital Dr. Hegdewar en Aurangabad, ciudad a escala de distrito en el estado de Maharashtra (India).

El hospital, de 150 camas, de propiedad de una organización no gubernamental (ONG), fue establecido en 1989. Los administradores introdujeron la idea de "Seva-vrati" (servicio voluntario). Este simple concepto se basa en la noción de que en cualquier comunidad hay personas que disponen de algún tiempo libre y están dispuestas a ayudar a quienes lo necesiten, sin percibir una remuneración.

La administración del Hospital Hegdewar procedió a una cuidadosa búsqueda de voluntarios en la comunidad, los capacitó para realizar tareas simples y dispuso un espacio para ellos cerca de la entrada del hospital. Los voluntarios realizan las siguientes tareas:

- Servicio de recepción al hospital y atención de un puesto de información, donde se acoge cordialmente a las pacientes, se les proporcionan orientación y se responde a sus preguntas de manera amistosa.
- Cuando la paciente ingresa al quirófano, un voluntario permanece con sus familiares, los tranquiliza y les brinda apoyo e información, todo lo cual contribuye a mitigar la ansiedad de la familia.
- Si la paciente padece complicaciones o fallece, los voluntarios proporcionan la ayuda necesaria, inclusive apoyo emocional, obtención de suministros, llamado a médicos y otro personal, además de ayudar a organizar el transporte de la paciente o del cadáver. En casos extremos, también han aportado ayuda financiera a pacientes.
- Las mujeres voluntarias proporcionan apoyo especial a las pacientes cuyas familias no han acudido al hospital.
- Los voluntarios también imparten nociones simples de educación sobre la salud, promueven la donación de sangre y alientan a la familia y la paciente a dar su consentimiento para una operación quirúrgica cuando es necesaria, y evitar así demoras en practicar operaciones que pueden salvar vidas.

Actualmente, el hospital cuenta con 40 voluntarios que prestan servicios durante cuatro horas diarias, en forma rotativa. Llegan 5 minutos antes de que comience su turno y pueden quedarse

después de hora, de ser necesario. Con este sistema no sólo se ayuda a las pacientes y sus familias, sino que también se mejora la imagen del hospital en la comunidad y se acrecienta la autoestima y el valor social de los voluntarios. El hospital realiza una inversión de mínima magnitud: tiempo del personal administrativo para seleccionar y capacitar a los voluntarios. El hospital ni siquiera reembolsa los gastos de transporte de los voluntarios, de modo que éstos, en realidad, gastan su propio dinero para acudir al hospital y proporcionar servicios gratuitos.

En los países desarrollados, el concepto de los voluntarios hospitalarios (las llamadas "damas rosadas") está bien

desarrollado y aceptado, pero los hospitales de países en desarrollo, en general, no cuentan con sistemas de ese tipo y padecen escasez crónica de personal paramédico. Esa situación puede subsanarse con un cuerpo de voluntarias que se encarguen de importantes tareas no clínicas. Lo importante es que los administradores procuren encontrar algunas soluciones a las necesidades propias del hospital más allá de sus paredes. ■

Dileep V. Mavalankar, MD, DrPH

Asesor Superior de Gestión, Programa AMDD

PREGUNTAS Y RESPUESTAS: MONITOREO DE SERVICIOS DE OBSTETRICIA

Por Anne Paxton

En esta columna se responde a preguntas formuladas al utilizar los Indicadores de Procesos de las Naciones Unidas con fines de monitoreo del progreso en la provisión de servicios obstétricos de importancia crucial¹. Anne Paxton es una epidemióloga que ha trabajado en Asia y África y se desempeña como Oficial Superior de Monitoreo y Evaluación de Programas en AMDD.

P: ¿Cómo es posible medir el progreso en materia de prevención de la mortalidad perinatal en los establecimientos que ofrecen AOEm?

R: En algunos proyectos apoyados por AMDD ya se monitorea la prevención de defunciones de recién nacidos y alumbramientos de fetos muertos.

En el proyecto conjunto del Gobierno de Marruecos y el UNFPA, se considera que la resucitación del neonato es una función-señal adicional, que se suma a las ocho funciones-señal utilizadas para determinar si el establecimiento ofrece o no AOEm integral, de conformidad con las directrices de las Naciones Unidas. En los registros obstétricos utilizados como fuentes de datos para el cálculo de los Indicadores de Procesos de las Naciones Unidas, se recopilan datos adicionales, entre ellos cantidad de alumbramientos de fetos muertos, complicaciones de casos neonatales y defunciones neonatales dentro de las primeras 24 horas de vida. A partir de esos datos, se calcula la tasa de letalidad neonatal: la proporción de defunciones neonatales en relación con el total de todos los casos de complicaciones neonatales. En Marruecos, esos registros obstétricos se han utilizado en todo el país desde hace más de dos años.

Además, también se han recogido datos sobre el alumbramiento de fetos muertos en varias evaluaciones de necesidades apoyadas por el Programa AMDD. En el Senegal, el Ministerio de Salud y el UNFPA calcularon un indicador, "la mortinatalidad", o tasa de alumbramientos de fetos muertos, definida como proporción de los partos atendidos en un establecimiento que culminan con el alumbramiento de un mortinato. Con frecuencia, en los establecimientos se registra información sobre el número de alumbramientos de mortinatos, de modo que esos datos son de recopilación relativamente fácil.

Algunos expertos están proponiendo un indicador para la medición de los efectos de la AOEm sobre la mortalidad perinatal: una "tasa modificada de mortalidad perinatal", definida como el número de mortinatos cuya defunción intrauterina es reciente, sumado al número de defunciones neonatales tempranas (dentro de las primeras 24 horas), y ese total dividido por el total de partos atendidos en el establecimiento². Este indicador podría medir los

efectos de la atención del parto y del puerperio sobre la supervivencia del recién nacido. La idea subyacente en este indicador es que las actividades de AOEm encaminadas a prevenir las defunciones maternas también previenen algunas defunciones neonatales. Algunas intervenciones adicionales inmediatamente después del parto en un establecimiento que ofrece AOEm, como la resucitación del recién nacido y su estabilización térmica, reducirán aún más las defunciones neonatales. La tasa modificada de mortalidad perinatal se propone reflejar los efectos de esas intervenciones.

El numerador de este indicador, número de mortinatos cuyas defunciones intrauterinas ocurrieron poco antes del parto, más las defunciones neonatales tempranas (en las primeras 24 horas de vida), fue escogido sobre la base de consideraciones fisiológicas y prácticas. Las defunciones fetales intrauterinas ocurridas mucho antes del alumbramiento (mortinatos macerados) reflejan patologías durante el embarazo, mientras que el número de mortinatos cuya defunción ocurrió poco antes del alumbramiento refleja la calidad de la atención durante el parto y la respuesta a las complicaciones obstétricas maternas, como el parto prolongado/obstruido o la eclampsia³. Del mismo modo, las defunciones neonatales tempranas (dentro de la primera semana) están más relacionadas con el proceso del parto, mientras que las defunciones neonatales tardías (desde la segunda semana hasta la cuarta semana de vida) reflejan causas distintas de las relativas al parto. No obstante, es poco probable que las mujeres y sus hijos permanezcan en el establecimiento de AOEm durante más de un día, de modo que no es realista tratar de recoger datos correspondientes a períodos más largos, como la primera semana de vida.

A medida que se vayan introduciendo mejoras en la calidad de la AOEm para mujeres que padecen complicaciones obstétricas, irá disminuyendo el índice de letalidad relacionado con la maternidad. Se espera que la mejor calidad del tratamiento ofrecido a las mujeres que padecen complicaciones obstétricas redunde también en una mayor supervivencia de sus hijos. Al registrar el progreso de la supervivencia perinatal en los establecimientos de AOEm se proporcionará a los agentes de salud información concreta sobre la calidad, tanto de la atención obstétrica de emergencia como de la atención a los recién nacidos. ■

¹ Los Indicadores de Procesos de las Naciones Unidas figuran en la publicación *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services* (Guía para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos) preparada en 1991 por la Universidad de Columbia y el UNICEF y publicada en 1997 por el UNICEF, la OMS y el UNFPA.

² Comunicación oficiosa de Vincent Fauveau, UNFPA.

³ Comunicación oficiosa de Isabelle Moreira, UNFPA.

LA PREVENCIÓN DE LAS DEFUNCIONES MATERNAS CONTRIBUYE A PREVENIR LAS DEFUNCIONES PERINATALES

Según se estima, cada año cuatro millones de niños mueren en su primer mes de vida. Si bien el progreso en los programas de inmunización y de lucha contra las enfermedades de la infancia ha redundado en reducciones de las tasas de mortalidad de niños de entre 1 y 11 meses de edad, en muchos países las tasas de defunción neonatal, entre el nacimiento y el término del primer mes de vida, han permanecido invariables. En verdad, casi la mitad de todas las defunciones neonatales ocurren dentro de las primeras 24 horas de vida.

Como lo han demostrado claramente los estudios históricos y contemporáneos, las causas de mortalidad de menores de un año y las causas de mortalidad de madres son muy diferentes.¹ Con frecuencia, la mortalidad de menores de un año puede atribuirse a deficiencias nutricionales y falta de higiene ambiental, mientras que un 80% de las defunciones de madres se deben a complicaciones obstétricas directas que requieren tratamiento médico. No obstante, en el caso de la mortalidad perinatal (desde la 28ª semana del embarazo hasta el fin de la primera semana posterior al alumbramiento), algunas de sus causas subyacentes se relacionan con complicaciones obstétricas. Por consiguiente, las intervenciones para prevenir la defunción y la discapacidad de la madre también pueden reducir la mortalidad y la morbilidad perinatales.

En verdad, muchos participantes en la red del Programa AMDD (Evitar la muerte y la capacidad maternas) están abordando esas interrelaciones mediante sus acciones para proporcionar atención obstétrica de emergencia (AOEm) y están considerando cómo hacerlo de manera más sistemática.

Este artículo trata en especial de los vínculos entre defunciones maternas y defunciones perinatales. Deborah Maine, Dr PH, Directora del Programa AMDD, analiza el significado de la superposición entre mortalidad materna y mortalidad perinatal. Vincent Fauveau (MD, MPH, PhD), asesor técnico del UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, y del Programa AMDD, y Anne Paxton (Dr PH, MA), Oficial Superior de Programas encargada del monitoreo y evaluación en el Programa AMDD, plantean los problemas y analizan las maneras en que determinados componentes de la AOEm contribuyen a prevenir las defunciones perinatales, además de las defunciones maternas. En artículos separados, CARE y Save the Children también describen sus enfoques y sus experiencias.

EL SIGNIFICADO DE LA SUPERPOSICIÓN

Por Deborah Maine, Dr PH, Directora del Programa AMDD

El presente número de AMDD Notebook está dedicado a la superposición entre mortalidad materna y mortalidad perinatal y, concretamente, a la manera en que los programas diseñados para ofrecer mejor tratamiento a las mujeres que padecen complicaciones obstétricas pueden también beneficiar a los recién nacidos.

La clarificación de la relación entre la salud de las madres y la salud de los niños ha sido un aspecto fundamental de la labor realizada en la Universidad de Columbia con respecto a la mortalidad derivada de la maternidad. En 1985, publicamos en la revista *The Lancet* un artículo subtítuloado, "Where is the M in MCH?" (¿Dónde está la M en la SMI?).² Pensábamos que era necesario formular esa pregunta debido a que los programas internacionales de salud materno-infantil (SMI) no abordaban la principal causa de defunción y discapacidad para la mujer: las complicaciones obstétricas que amenazan su vida.

Esta evidente omisión se debió en parte a la suposición (tal vez inconsciente) de que la mujer y su hijito están tan inextricablemente vinculados, que tienen las mismas necesidades. No obstante, esto no es verdad, como se demostró en los siguientes estudios:

- En el período 1915 a 1929, la mortalidad neonatal en los Estados Unidos disminuyó en 17% mientras, por el contrario, la mortalidad materna aumentó. Se comprobó un patrón similar en el Reino Unido y en los Países Bajos.³
- En un estudio sobre los índices de mortalidad materna (IMM) y los índices de mortalidad perinatal (IMP) en Matlab (Bangladesh) en el período 1976 a 1989, no se comprobó ninguna correlación significativa entre variaciones del IMM y del IMP de un año a otro, ni en su magnitud y ni siquiera en el sentido de la variación.⁴

Dado que, a nivel de una población dada, la mortalidad materna y la mortalidad perinatal no varían de la misma manera, no es apropiado utilizar una en representación de la otra ni en el diseño ni en el monitoreo y evaluación de los programas. No obstante, hay importantes esferas de superposición. Por ejemplo, en Matlab, aproximadamente la mitad de las defunciones maternas se debieron a complicaciones que podrían causar defunciones perinatales. Esas esferas de superposición, descritas en este número de AMDD Notebook, ofrecen una buena oportunidad de beneficiar tanto a las mujeres como a sus hijos.

¹ Irvine Loudon, "On Maternal and Infant Mortality 1900 – 1960", *Social History of Medicine*, abril de 1991, Vol. 4, No. 1, págs. 29 a 73.

² Rosenfield, A., Maine, D. "Maternal Mortality—A Neglected Tragedy: Where is the M in MCH?" *The Lancet*, July 13, 1985, 2(8446):págs. 83 a 85.

³ Loudon, I. *Death in Childbirth: An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality 1800-1950*. Oxford: Clarendon Press, 1992.

⁴ Akalin, M.Z., Maine, D., de Francisco, A., y Vaughn, R., "Why Perinatal Mortality Cannot Be a Proxy for Maternal Mortality", *Studies in Family Planning*, 28(4): págs. 330 a 335, 1997.

DEFUNCIONES PERINATALES: CAUSAS, TRATAMIENTOS Y MANERAS EN QUE LA AOEM PUEDE AYUDAR

Por Vincent Fauveau y Anne Paxton

Cada año, hay aproximadamente cuatro millones de defunciones en el primer mes de vida, o 10.000 por día, y de ellas, un 98% ocurren en países en desarrollo. Además, hay aproximadamente cuatro millones de mortinatos (que fallecen entre la 28ª semana del embarazo y el alumbramiento). Las principales causas de defunción neonatal son las infecciones, la asfixia en el parto y las complicaciones resultantes del bajo peso al nacer. Un 70% de esas defunciones ocurren durante la primera semana; en verdad, muchas ocurren durante las primeras 24 horas de vida. Muchas de esas defunciones son susceptibles de prevención, en función del nivel de atención dispensado durante el embarazo y durante el parto.

La mortalidad perinatal es la suma de defunciones fetales tardías (después de 28 semanas de embarazo) y de defunciones de recién nacidos en el lapso de 7 días a contar del alumbramiento (El concepto de perinatal abarca el período inmediatamente anterior y posterior al parto).

La mortalidad neonatal está dada por el número de defunciones de recién nacidos menores de 28 días de edad, por cada 1.000 nacidos vivos.

Fuente: Sitio Web de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Definiciones del National Center for Health Statistics (NCHS)).

Aun cuando las variaciones de gran magnitud en la supervivencia materna no están correlacionadas con las variaciones en la supervivencia neonatal, varias complicaciones obstétricas pueden tener efectos negativos sobre el feto o sobre el recién nacido. Esto significa que la disponibilidad de AOEm de buena calidad en los establecimientos de salud puede tener efectos positivos sobre la salud del feto o del recién nacido, así como sobre la salud de la madre.

Defunción y discapacidad maternas y perinatales: interrelaciones

Las complicaciones obstétricas directas que afectan al feto o al recién nacido son:⁵

- Parto obstruido/prolongado: la obstrucción o la prolongación del trabajo de parto causan asfixia, sufrimiento fetal o alumbramiento de un feto muerto.
- Eclampsia y otros trastornos hipertensivos: los casos de enfermedades hipertensivas, en su mayoría, perjudican tanto al feto como a la madre. Las enfermedades hipertensivas en el postparto dañan a la madre pero no al feto.
- Hemorragia: la pérdida de sangre durante el embarazo puede dañar al feto. Sin embargo, la hemorragia antes

del parto sólo constituye una minoría entre todos los casos de hemorragia. La hemorragia de postparto, que no tiene consecuencias médicas sobre el recién nacido, es la causa de la mayoría de las defunciones de madres.

- Infección: las infecciones antes del parto pueden dañar al feto o al recién nacido. También en este caso, se trata de una causa relativamente infrecuente de mortalidad materna, a diferencia de la sepsis de postparto.

Las funciones de AOEm que pueden tener efecto positivo sobre la salud del feto o del recién nacido son las siguientes:

- Operación cesárea, particularmente en caso de trabajo de parto prolongado u obstruido y otros trastornos causantes de sufrimiento fetal.
- Parto vaginal instrumentado, en particular cuando está indicado debido al sufrimiento fetal.
- Medicamentos oxitócicos, cuando son administrados en caso de trabajo de parto prolongado (pero no cuando se los administra para la extracción de la placenta después del nacimiento del niño).
- Transfusión sanguínea, si se administra como tratamiento de hemorragias graves durante las últimas etapas del embarazo.
- Administración adecuada de antibióticos a la madre y al recién nacido, por ejemplo, en caso de infección amniótica.
- Medicamentos anticonvulsivos y antihipertensivos para el tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo.

CAUSAS DE MORTALIDAD PERINATAL

- Asfixia en el parto
- Traumatismo en el parto
- Infección neonatal
- Nacimiento prematuro
- Retardo del crecimiento fetal intrauterino

En síntesis, seis de las ocho funciones-señal de la AOEm tienen un gran potencial para la reducción de la mortalidad perinatal. Más específicamente, de todas las causas de mortalidad perinatal (véase el recuadro 2), las tres primeras se abordan, al menos en cierta medida, mediante la AOEm.

Cabe señalar que de las defunciones causadas por un alumbramiento prematuro o un retardo en el crecimiento fetal intrauterino, sólo una pequeña proporción es susceptible de tratamiento mediante AOEm. En síntesis, el empleo correcto de la AOEm puede prevenir una gran parte de las defunciones perinatales, aunque no todas ellas, a condición de que se disponga de AOEm y que sea accesible y de buena calidad.

Continúa en la página siguiente

⁵ Algunas complicaciones obstétricas indirectas también pueden dañar al feto o al recién nacido, entre ellas ciertas enfermedades durante el embarazo, como el paludismo, la tuberculosis, el VIH, la diabetes, la hipertensión y las deficiencias nutricionales graves.

DEFUNCIONES PERINATALES (continuación)

Maximizar la oportunidad

Hay un breve lapso de oportunidad durante el cual el agente de salud está en contacto con la madre y con el feto y/o el recién nacido. Suele suceder que en las zonas menos desarrolladas del mundo este lapso no dura más que unas pocas horas y, en la mayoría de los casos, menos de un día. Es durante ese período que pueden adoptarse medidas para evitar la muerte y la discapacidad perinatales.

Algunas de esas medidas figuran en el currículo de formación Emergency Obstetric Care for Doctors and Midwives (Atención obstétrica de emergencia para médicos y parteras), producido por el Programa AMDD y el Programa de Salud Materna y Neonatal de JHPIEGO. El currículo, cuya redacción está en sus etapas finales, ya fue utilizado en un taller de formación de instructores para equipos de hospitales de distrito del Asia meridional, en colaboración con el UNICEF (véase AMDD Notebook, número 6, febrero de 2003). Se está utilizando ahora en seis países. Además de los materiales sobre AOEm, el currículo abarca la resucitación de recién nacidos en una sesión práctica para la adquisición de destrezas de forma paulatina. El currículo también trata a fondo de la atención que debe prestarse a recién nacidos normales, inclusive mantener una temperatura corporal adecuada, sujetar y cortar correctamente el cordón umbilical y apoyar el amamantamiento.

El formulario de evaluación de necesidades utilizado por el Programa AMDD y sus asociados para detectar deficiencias en la prestación de servicios de AOEm y diseñar proyectos también indica los suministros y el equipo necesarios para resucitar a recién nacidos, por ejemplo, extractor de mucosidad, máscara facial para recién nacidos, y otros materiales. Este formulario se está utilizando ahora ampliamente para determinar las necesidades y no se limita a los proyectos apoyados por AMDD.

Durante la capacitación de agentes de salud en materia de AOEm, se les proporcionan conocimientos prácticos y motivación para que desempeñen funciones simples, eficaces y costeables en la atención del recién nacido durante el parto e inmediatamente después, teniendo presente el principio de mejorar las condiciones del alumbramiento sin menoscabar la atención a la madre.

Dados los precedentes históricos internacionales de descuido en la atención de la salud de las madres por parte de las instituciones encargadas de la salud pública,⁶ el Programa AMDD se ha centrado correctamente en la salud reproductiva y la supervivencia de la mujer. No obstante, cuando se ha remediado una complicación obstétrica, es trágico que el embarazo culmine con el alumbramiento de un feto muerto, un recién nacido infectado o un niño discapacitado que se sumará a las cargas que agobian a la familia. Al velar por que los servicios de AOEm abarquen la salud y la supervivencia del recién nacido durante el período perinatal se contribuye a evitar la muerte y la discapacidad, tanto de la madre como del niño. ■

⁶ Rosenfield A. y Maine D. Maternal mortality – A neglected tragedy: Where is the M in MCH? *The Lancet* 1985;2 (8446):págs. 83 a 85.

SALUD REPRODUCTIVA, DEL DESASTRE AL DESARROLLO

Uno de los asociados de los proyectos de AMDD, el Consorcio de Salud Reproductiva para Refugiados (RHRC) celebrará una conferencia en Bruselas (Bélgica) los días 7 y 8 de octubre de 2003 para considerar la investigación aplicada, las experiencias de los programas y el uso de datos, a los fines de mejorar los programas de salud reproductiva al servicio de las poblaciones en crisis en todo el mundo. La conferencia es patrocinada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), con la colaboración del Centro Internacional de Salud Reproductiva, de la Universidad de Gante.

Esta conferencia de profesionales, de dos días de duración, congregará aproximadamente a 300 funcionarios que trabajan sobre el terreno, además de ejecutivos, investigadores, encargados de formular políticas y donantes, a los fines de:

- intercambiar información sobre sus experiencias, las lecciones obtenidas y sus perspectivas sobre salud reproductiva en situaciones de conflicto, aprovechando ese ámbito profesional que estimula el pensamiento; e
- intercambiar ideas sobre las comprobaciones preliminares de la evaluación efectuada por el Grupo Interinstitucional Internacional de Trabajo acerca de la provisión de servicios de salud reproductiva a los refugiados y las personas internamente desplazadas.

En las sesiones de la conferencia se considerarán tres temas principales:

- Investigación aplicada y comprobaciones programáticas sobre planificación de la familia, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, violencia por motivos de género y maternidad sin riesgo, entre mujeres, hombres y adolescentes afectados por conflictos armados.
- Modelos eficaces para la prestación de servicios en la etapa de emergencia, en circunstancias de estabilidad y en actividades de desarrollo posteriores al conflicto.
- Recopilación y utilización de datos para la evaluación de necesidades, el monitoreo y la evaluación de programas y la administración de programas.

El temario de la conferencia incluirá sesiones plenarias, presentaciones en panel, exhibiciones de carteles y debates en mesa redonda. Después de la conferencia se publicarán sus actuaciones, además de artículos seleccionados, en un número especial de una revista profesional.

El derecho de inscripción es de 150 dólares EE.UU. Es posible inscribirse en línea en <https://secure.entango.com/donate/CrciKnjpaD4>. Podría disponerse de un número limitado de becas. Para obtener más información y actualizaciones sobre la Conferencia 2003, sírvase consultar www.rhrc.org. ■

LAS EXPERIENCIAS DE CARE EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Por Milly Kayongo, MD, MPH, Oficial Técnica en Salud Reproductiva, CARE

La organización CARE ha estado prestando apoyo a las comunidades, así como los sistemas oficiales de atención de la salud, a fin de mejorar la salud de las madres y de los recién nacidos. En virtud del proyecto conjunto de CARE y los CDC (Centers for Disease Control and Prevention), relativo a la Iniciativa de Salud, CARE ha elaborado un enfoque sistemático para caracterizar los problemas de salud materna, perinatal y neonatal, analizar los datos, asignar prioridad a los distintos problemas y seleccionar las intervenciones. CARE y los CDC han producido conjuntamente un manual—The Healthy Newborn (El recién nacido saludable)—a fin de apoyar a los directores de programas en la programación de servicios de salud materna y neonatal.

Actualmente, CARE posee experiencia acumulada en varios países en cuanto a incorporar en los programas la atención de la salud de los recién nacidos a fin de mejorar los servicios de AOEm para evitar la muerte y discapacidad maternas. Por ejemplo, CARE está apoyando en el Perú un proyecto integrado de salud reproductiva que incluye el aumento del grado de complejidad de los establecimientos para que proporcionen AOEm, la organización de medios de transporte a los servicios de AOEm, la capacitación de agentes de salud, la movilización de la comunidad y el aliento al cambio en los comportamientos. Para intensificar su hincapié en la atención a los recién nacidos, la oficina de CARE en el Perú aplicó el enfoque BABIES a fin de crear conciencia sobre determinadas cuestiones de los servicios para reducir la mortalidad neonatal. En la matriz de BABIES se incorpora el análisis de datos sobre peso al nacer y la edad del recién nacido al fallecer, a fin de comprender mejor las causas de mortalidad neonatal y determinar cuáles son las intervenciones apropiadas a nivel del establecimiento y de la comunidad.

Este proceso redundó en que se asignara mayor importancia a la atención de recién nacido y a estandarizar

los protocolos relativos a los recién nacidos. El proyecto ha elaborado una Guía de Autocapacitación en Atención Esencial al Recién Nacido, para uso de médicos y enfermeras, que fue implantada en todo el país por el Ministerio de Salud en octubre de 2002. Además, el proyecto elaboró guías sobre el mismo tema para uso del personal hospitalario, que también fueron implantadas por el Ministerio de Salud en 2002.

La Oficina de CARE en Nicaragua ha estado colaborando con varios establecimientos de salud en el uso de datos para mejorar la salud del recién nacido y ha incluido un componente de

AOEm en los recientes subsidios que ha otorgado para promover la supervivencia del niño. Sin embargo, dada su escasa experiencia al respecto, CARE organizó una visita a su proyecto de salud reproductiva en el Perú, de modo de intercambiar información y experiencias sobre el establecimiento de servicios de AOEm. Esa visita también proporcionó una oportunidad para que el personal peruano pudiera comprender mejor la aplicación de las intervenciones en beneficio de los recién nacidos.

En Bangladesh, CARE, en colaboración con el Gobierno y el UNICEF, ha estado aplicando la Iniciativa de Maternidad sin Riesgo, a fin de mejorar el nivel de salud materna en Dinajpur. Al realizar sus actividades para la salud materna, el proyecto consideró necesario ampliar su alcance para incluir la salud del recién nacido. En consecuencia, CARE se propone realizar una encuesta de base comunitaria sobre atención del recién nacido en la región. La encuesta proporcionará información pertinente sobre las tendencias en materia de discapacidad y mortalidad del recién nacido, que se utilizará en apoyo de futuros programas de salud neonatal. ■



Foto: Czikus Carriere

Conferencia de AMDD a celebrarse en octubre

El Programa AMDD (Evitar la muerte y discapacidad maternas) ha previsto la celebración de una conferencia en Kuala Lumpur (Malasia) del 21 al 23 de octubre de 2003. Ésta será la tercera reunión mundial organizada por el Programa AMDD para su red de colaboradores, pero su naturaleza será diferente de las dos primeras reuniones, celebradas en Marruecos (2001) y Tailandia (2002).

Las primeras dos conferencias mundiales fueron talleres que congregaron a funcionarios de proyecto, funcionarios gubernamentales homólogos y otros profesionales participantes en la atención obstétrica de emergencia (AOEm), a fin de considerar el adelanto de sus proyectos e intercambiar ideas. Estas estimulantes y productivas reuniones proporcionaron oportunidades de aprendizaje en cuestiones tan diversas como los derechos humanos, los indicadores, la puesta en práctica de las tareas, las adquisiciones y la documentación.

Este año, dado que está llegando a su término la primera etapa del Programa AMDD, la conferencia considerará los resultados obtenidos. Las presentaciones se seleccionaron sobre la base de resúmenes preparados por representantes de proyectos que reciben el apoyo del Programa AMDD. La conferencia proporcionará la oportunidad de analizar las experiencias adquiridas en los cuatro últimos años y considerar las actividades futuras. A fin de presentar los resultados del Programa AMDD a un público más amplio, las invitaciones no se limitan a quienes participan directamente en las actividades programáticas, sino que incluyen a otras personas que realizan actividades en relación con la salud de las madres.

LECCIONES DE LA INICIATIVA SNL, SAVE THE CHILDREN

Por Anne Tinker, Directora, y Dr. Stephen Wall, Director Superior de Investigaciones, Iniciativa Saving Newborn Lives (SNL), Save the Children

En 2000, la oficina de Save the Children en los Estados Unidos emprendió la iniciativa Saving Newborn Lives (SNL) (Salvar vidas de recién nacidos) para abordar las necesidades especiales de atención de la salud del recién nacido en los países en desarrollo, como complemento de la importante labor para evitar la muerte y la discapacidad maternas. Al igual que el Programa AMDD, la Iniciativa SNL cuenta con financiación de la Fundación Bill y Melinda Gates.

La Iniciativa SNL procura integrar acciones esenciales para atención del recién nacido en los programas existentes, centrándose principalmente en mejorar los servicios de salud de base comunitaria. Actualmente, la Iniciativa SNL se está llevando a cabo en seis países (Bangladesh, Bolivia, Malawi, Malí, Nepal, Pakistán) y está apoyando innovadores proyectos piloto en otros seis países (Etiopía, Guatemala, India, Indonesia, Myanmar, Viet Nam).

Aprovechando la experiencia del Programa AMDD y de la Iniciativa SNL, se pueden aprovechar muchas oportunidades de obtener efectos sinérgicos:

- Se están auditando las defunciones perinatales en establecimientos de atención primaria de la salud y en otros de mayor complejidad (para remisión de pacientes) en varios países en desarrollo (entre ellos, Sudáfrica, Bangladesh), a fin de obtener información esencial para que los establecimientos y las autoridades sanitarias puedan abordar deficiencias críticas en la atención de madres y de recién nacidos. Dicha información puede incorporarse en los programas de AOEm.
- La iniciativa SNL está colaborando con gobiernos nacionales para incorporar la adquisición de aptitudes esenciales de atención al recién nacido en los programas de capacitación en el servicio y previos al servicio. Los encargados de servicios de salud y la comunidad en general deberían estar en condiciones de detectar los signos de peligro en la madre y en el niño y evitar las demoras en acudir para recibir atención o remisión a otros establecimientos de mayor capacidad; detectar y resucitar

de inmediato a los niños asfixiados; promover el amamantamiento y el entibiamiento y secado de los recién nacidos, prestando especial atención a los niños prematuros y con bajo peso al nacer.

- La promoción y la educación de base comunitaria pueden ser instrumentos eficaces para fortalecer la aceptación y la demanda por parte de la comunidad de servicios de AOEm mejores y más abundantes. El análisis y evaluación verbal posterior a los hechos, importante instrumento de base comunitaria que se está introduciendo en varios países en desarrollo, ofrece oportunidades sin par de integrar las necesidades de madres y recién nacidos en iniciativas para adoptar medidas y resolver problemas en el plano de la comunidad.



Foto: Czikus Carriere Un modelo de servicios complementarios que se refuerzan mutuamente es el de Bougouni (Malí). La Iniciativa SNL se centra en mejorar las prácticas de las familias y los agentes de salud comunitarios en la atención de los recién nacidos, crear conciencia sobre las complicaciones y promover que se recurra a los servicios prestados por establecimientos, de ser necesario. Éste es un importante complemento del proyecto de CARE sobre AOEm que cuenta con el apoyo de AMDD y está fortaleciendo la AOEm a nivel de hospital de distrito, además de aumentar la capacidad de los sistemas de salud para responder a las remisiones de pacientes en casos de emergencia.

Esos proyectos complementarios también posibilitan una supervisión y un seguimiento más eficaces y una resolución más innovadora de los problemas suscitados cuando se desaprovechan oportunidades o se omite la remisión de pacientes a establecimientos de mayor complejidad. Al mismo tiempo, dichos proyectos prosiguen su búsqueda de la manera más eficaz de tratar algunas complicaciones, como la asfixia y las infecciones del recién nacido.

Para obtener más información sobre la Iniciativa Saving Newborn Lives, sírvase visitar el sitio Web de Save the Children www.savethechildren.org ■

AVERTING MATERNAL DEATH AND DISABILITY (AMDD)

HEILBRUNN DEPARTMENT OF POPULATION AND FAMILY HEALTH, MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, COLUMBIA UNIVERSITY

60 HAVEN AVENUE, B-3, NEW YORK, NY 10032

FAX: (212) 544-1933 WEBSITE: [HTTP://WWW.AMDD.HS.COLUMBIA.EDU](http://www.amdd.hs.columbia.edu)