

## LA IMPLANTACION DE LA ATENCION NEONATAL EN EL PARAGUAY: UN PRIORITARIO PROGRAMA DE SALUD INFANTIL(\*)

Ac. Prof. Dr. José Luis Delgadillo.

La salud del niño constituye todavía el área más crítica en el conjunto de problemas de salud de nuestro país. La preocupación por el recién nacido en particular deriva tanto de su número como de su riesgo que la experiencia mundial ha probado puede reducirse significativamente si se establecen programas de protección ajustados a las situación local. Para ello una adecuada programación de las acciones en el área perinatólogica debe partir del conocimiento del número de personas a servir, de los programas relevantes que se presentan, de los recursos disponibles y de la fijación de metas y objetivos a cumplir.

A dicho efecto analizaremos los múltiples problemas de salud del recién nacido de nuestro país con la pretensión de proponer la implantación de un programa nacional para asistirlo según niveles de complejidad, racionalizando las acciones tendientes a mejorar la calidad de la atención neonatal.

La sostenida reducción de la mortalidad infantil en nuestro país en los últimos años, ha hecho evidente el distinto comportamiento de sus componentes: la mortalidad neonatal y la infantil tardía. La primera ha tenido una disminución más lenta que la segunda. En efecto, en el quinquenio 1983-1987, frente a una reducción del 10,68% de la mortalidad infantil total, su componente neonatal lo hizo solamente en un 5,1%, pues la tasa de ésta descendió de 22,3 por mil nacidos vivos en 1983 a 18,3 en 1987 (tabla 1)

---

\* Conferencia pronunciada el 03.10.89 en el Aula Magna de la Facultad de Ciencias Médicas para ser admitido como Miembro Correspondiente Nacional de la Academia de Medicina del Paraguay.

**TABLA 1**  
**MORTALIDAD: INFANTIL TOTAL, TARDIA Y NEONATAL. TASAS**  
**POR 1.000 NACIDOS VIVOS REGISTRADOS. PARAGUAY 1983-1987**

| AÑOS | Nacimientos<br>registrados<br>NUMERO | Mort. Infantil<br>total<br>TASAS | Mort. Infantil<br>tardía<br>TASAS | Mortalidad<br>neonatal<br>TASAS |
|------|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
|      |                                      | 51.0                             | 28.7                              | 22.9                            |
| 1983 | 52671                                | 49.8                             | 29.7                              | 20.1                            |
| 1984 | 56385                                | 46.0                             | 26.2                              | 19.8                            |
| 1985 | 51615                                | 40.1                             | 22.5                              | 17.6                            |
| 1986 | 53615                                | 40.3                             | 22.1                              | 18.2                            |
| 1987 | 51532                                |                                  |                                   |                                 |

FUENTE: Dpto. Bioestadística. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Si analizamos el problema globalmente apreciamos que en el año 1987 de los niños muertos menores de 1 año, alrededor del 45% lo hicieron antes de los 28 días de vida, y de este grupo de 72% murió en la primera semana de vida. Con relación a las defunciones del primer día, la última información bioestadística disponible del año 1985 muestra que ellas constituyeron el 45,30% de los muertos de la primera semana y un 32% de los óbitos ocurridos en los primeros 28 días (Tabla 2)

**TABLA 2**  
**ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD INFANTIL POR GRUPOS DE**  
**EDADES**

(Muertes certif. por médicos). PARAGUAY 1985.

| Grupos de edades | Número | % del total |
|------------------|--------|-------------|
| -1 día           | 215    | 15,60       |
| 1 -6 días        | 259    | 18,79       |
| 7-27 días        | 189    | 13,72       |
| 28 d -1 año      | 715    | 51,89       |
| TOTAL            | 1378   | 100,00      |

FUENTE: Dpto. Bioestadística. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

En la primera semana murieron 474 neonatos de los cuales 215 (45%) lo hicieron en el primer día de vida. Estos constituyeron el 32% de los óbitos de los primeros 28 días (1985).

Si quisiéramos profundizar aún más el problema neonatal y darle la amplitud que le corresponde debiéramos enfocarlo a través de las tasas de mortalidad perinatal. Visto así, la cuestión adquiere mayor gravedad.

Nuestro país tiene una elevada tasa de mortalidad perinatal, que en 1987 alcanzó a 29.26 (Tabla 3). Se entiende por mortalidad perinatal la suma de la mortalidad fetal tardía (más de 28 semanas de gestación) y la neonatal precoz (hasta el 7º día de nacimiento)

**TABLA 3**  
NUMERO Y TASAS DE MORTALIDAD FETAL, PERINATAL E INFANTIL  
(por 1.000 nacidos vivos) PARAGUAY 1983 y 1987. AÑOS SELECCIONADOS.

| AÑOS                    | 1983   |       | 1987   |       |
|-------------------------|--------|-------|--------|-------|
| INDICADORES             | NÚMERO | TASAS | NUMERO | TASAS |
| mortalidad fetal tardía | 1678   | 31,86 | 864    | 16,49 |
| Mort. perinatal         | 2467   | 46,84 | 1533   | 29,26 |
| Mort. Infantil          | 2688   | 51,0  | 2397   | 40,32 |

FUENTE: Dpto. Bioestadística. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

El Gráfico nº1 muestra las cifras absolutas y relativas de las muertes fetales tardías e infantiles, con su componente neonatal ocurridas en 1987. La interpretación sintética de los datos del citado gráfico se expresa al pie del mismo.

**GRAFICO I**  
MORTALIDAD FETAL TARDIA, PERINATAL E INFANTIL  
PARAGUAY 1987.

NACIDOS VIVOS REGISTRADOS: 51.532

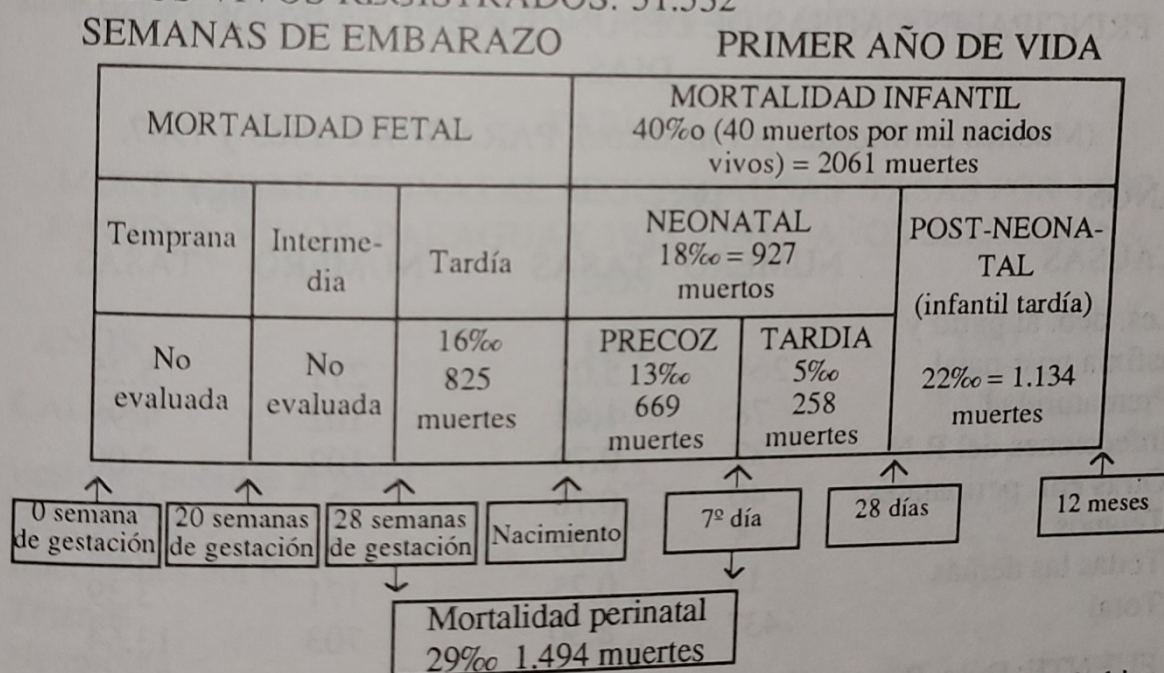


GRAFICO: En 1987, el 45% de los niños que murieron en el 1er. año de vida, lo hizo en el primer mes. De ellos el 72 % (669 R.N.), murió en la primera semana.

FUENTE: Dpto. de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Las cinco primeras causas de la mortalidad neonatal precoz pueden apreciarse en las tablas 4 y 5. El rubro otras enfermedades perinatales incluyen problemas derivados de múltiples contingencias, a saber: enfermedad vascular hipertensiva de embarazo, distocias del parto, afecciones placentarias y el cordón, etc.

TABLA 4

MORTALIDAD NEONATAL DEL PRIMER DIA SEGUN PRINCIPALES CAUSAS. (Incluye sólo muertes certificadas por médicos). Paraguay 1985.

| CAUSAS                                         | NUMERO | TASAS |
|------------------------------------------------|--------|-------|
| Lesiones debidas al parto y asfixia post natal | 129    | 2,5   |
| Prematuridad                                   | 33     | 0,64  |
| Otras enf. Perinatales                         | 13     | 0,25  |
| Infecciones del r.n.                           | 7      | 0,14  |
| Neumonía                                       | 1      | 0,02  |
| Todas las demás                                | 30     | 0,59  |
| Total                                          | 213    | 4,13  |

FUENTE: Dpto. Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

TABLA 5

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES DE MENORES DE 7 DIAS.

(Muertes certificadas por médicos). PARAGUAY 1983 y 1987.

| <div> AÑOS</div>                        | 1983   |       | 1987   |       |
|-----------------------------------------|--------|-------|--------|-------|
| CAUSAS                                  | NUMERO | TASAS | NUMERO | TASAS |
| Les. deb. al parto y asfixia post-natal | 264    | 5,01  | 271    | 5,25  |
| Prematuridad                            | 78     | 1,48  | 102    | 1,98  |
| Infecciones del R.N.                    | 37     | 0,70  | 103    | 2,00  |
| Otras enf. perinatales                  | 40     | 0,76  | 21     | 0,41  |
| Tétanos                                 | 5      | 0,09  | 35     | 0,68  |
| Todas las demás                         | 13     | 0,25  | 171    | 3,39  |
| Total                                   | 437    | 8,30  | 703    | 13,64 |

FUENTE: Dpto. Bioestadística. Ministerio de Salud Pública y Bienestras Social

La mayoría de estas causas son previsibles o solucionables, si se dispusiese a nivel nacional de los elementos tanto técnicos como humanos mínimos, indispensables y básicos, para la atención adecuada de estos problemas.

Si comparamos nuestras tasas de mortalidad perinatal, aún con las de aquellos países que no disponen de atención intensiva del recién nacido, pero sí de una atención básica mínima y adecuada, las diferencias son sustanciales ya que la mortalidad perinatal en estos lugares es de 20,1 en comparación a la de 29,26 ya mencionada de nuestro país en 1987. Estas diferencias son aún mayores, si las comparamos con las tasas de mortalidad perinatal de aquellos lugares que disponen de sistemas de cuidados intensivos neonatales en los que alcanza a 10. Si llevamos estas diferencias de tasas a números absolutos de vidas perdidas innecesariamente por inadecuada atención médica del recién nacido en el Paraguay, en el año 1987 esta dilapidación de vidas habría sido la siguiente:

a) en el caso de disponer de una atención perinatal básica, mínima y adecuada, la diferencia de tasa habría sido de 9,1 puntos, la que llevada al total de recién nacidos vivos registrados oportunamente en el país en el año 1987 daría un número de 468 muertes perinatales evitables. Circunscribiendo el problema a las muertes neonatales precoces, se perdieron 205 recién nacidos que podrían ser niños vivos y sin secuelas en el momento actual.

b) Si aplicásemos las tasas obtenidas en lugares en que se dispone de cuidado intensivo neonatal, la diferencia de tasa sería de 19,6 puntos, lo que aplicado al problema de nuestro país en 1987, significó 1.010 muertes evitables y 444 muertes neonatales precoces, también evitables.

Las cinco más importantes causas de la mortalidad neonatal en los años 1983 y 1987 pueden apreciarse en la Tabla nº 6, evidenciándose que ellas no se modificaron significativamente en el quinquenio seleccionado.

**TABLA 6**

**MORTALIDAD NEONATAL SEGUN CAUSAS. TASAS POR 1.000 NACIDOS VIVOS. PARAGUAY 1983 y 1987. AÑOS SELECCIONADOS.**

| AÑOS                      | 1983  | 1987  |
|---------------------------|-------|-------|
| CAUSAS                    | TASAS | TASAS |
| Lesiones debidas al parto | 7,5   | 6,2   |
| Prematuridad              | 2,0   | 2,4   |
| Infecciones del R. N.     | 1,8   | 2,3   |
| Tétanos                   | 1,5   | 1,0   |
| Neumonía                  | 0,9   | 0,7   |
| Todas las demás           | 8,6   | 5,6   |
| Total                     | 22,3  | 18,2  |

FUENTE: Dpto. Bioestadística. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Estas cifras ubican a la mortalidad neonatal y al recién nacido, como un **urgente problema de salud**, en cuanto a **solución** se refiere, por el importante impacto que está significando en las tasas de mortalidad infantil.

Dentro de los factores que influyen estas tasas, el que mayor peso tiene es el de la **atención médica adecuada** de los problemas que rodean al parto. El peso de los factores ambientales, en la generación de la morbilidad y letalidad del recién nacido en esta época, es **significativamente menor** que en las edades posteriores.

Entre los componentes de lo que llamamos: factor de atención médica adecuada, incluimos entre otros: el control y la adecuada atención prenatal, — la asistencia profesional e institucional del parto, que en el año 1987 fue del 69,3% (El 29,7% de los partos fueron sin asistencia profesional).

—Atención inmediata y mediata del recién nacido.

—Manejo eficiente y racional de la patología neonatal y

—Control prioritario y precoz del recién nacido en la consulta externa (atención ambulatoria).

Es por lo tanto imperativo y urgente establecer un programa a nivel nacional para el manejo de los problemas perinatales y así poder recuperar las vidas perdidas en forma innecesaria.

Como elementos fundamentales, este programa debiera abarcar las siguientes acciones:

a) control prenatal suficiente.

b) detección, corrección y atención especializada de las gestaciones de alto riesgo.

c) atención profesional e institucional de todos los partos y un programa del parto atendido por empíricas.

d) atención racional y actualizada de la morbilidad del recién nacido, tanto de término como de pre-término, organizando esta atención con un criterio de regionalización, distribuyendo los recursos de acuerdo a los distintos niveles de complejidad creciente de atención.

e) atención prioritaria y racional del recién nacido, durante el primer mes de vida, en los correspondientes consultorios.

f) campañas educativas permanentes, para hacer conciencia en la familia, comunidad y organismos de salud, que la gestación y su continuidad; el recién nacido requiere atención permanente.

Una manera de hacer posible el cumplimiento de estos objetivos es poner énfasis especial en tres aspectos fundamentales:

1. Capacitación y expansión de roles del personal del equipo de salud, responsable de la atención perinatal. Utilizar mecanismos docentes que vayan desde la Educación en Servicio hasta los Seminarios de alta especialización, pasando por los procesos de educación continua tanto a nivel periférico como central, de acuerdo a los criterios de regionalización.

2. Implantación adecuada a escala nacional y de acuerdo a distintos niveles de atención, del manejo del recién nacido inmediato y de su patología. Esta implantación debiera de cumplir dos etapas, la primera dotando de elementos mínimos indispensables y eficientes, a todos los lugares del país donde haya atención neonatal de más de 500 partos anuales y una segunda, que signifique la dotación de centros regionales y sub-regionales para la atención intensiva del recién nacido, **que estarían regionalizados efectivamente** con los lugares de atención básica primaria precedentemente señalados. La mencionada regionalización de los servicios de atención neonatal se basamentará pues en la organización de distintos niveles de atención, contemplando un sistema de derivación y transporte entre los servicios en funcionamiento. La prioridad es asegurar el buen cuidado básico perinatal.

3. Participación integral de la comunidad en la detección y solución de los problemas perinatales. Ello implica colaboración en la dotación de los elementos necesarios para una adecuada atención. La dotación de elementos que la comunidad debiera aportar, se solicitará de acuerdo a lo que **los programas** de atención establezcan en relación **a las necesidades de cada lugar** (planta física, oxígeno, incubadoras, monitores, laboratorio, Rx., cocinas de leche, bancos de leche humana).

## **ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO**

En nuestro país debiéramos propender a elevar progresivamente el porcentaje del parto en instituciones apropiadas. La política de salud materno-infantil, por tanto, se propondrá lograr a corto plazo una significativa reducción del 30% actual del partos sin asistencia profesional y con ello disminuir la morbilidad neonatal.

En cuanto a la asistencia institucional es imprescindible definir un adecuado flujograma asistencial en el que se expliciten los niveles de los pertinentes cuidados. Es decir, debemos desarrollar el concepto de atención progresiva del paciente asignando los recursos a grupos de pacientes según sus necesidades de atención. La organización contemplará cuidados: intensivo, intermedio, mínimo, atención ambulatoria (consultorio externo) y atención domiciliaria. Ello permitirá optimizar la utilización de nuestros limitados recursos y mejorar la calidad técnica de los servicios. El Gráfico 2 muestra el flujograma asistencial del neonato diseñado recientemente en la maternidad del hospital de clínicas, siendo su implementación aún incompleta. Esta organización fue tomada de la

propuesta del Centro Latinoamericano de Perinatología y se propone evitar parte importante de la morbi-mortalidad neonatal, mejorando la calidad técnica del servicio.

Nuestra institución cuenta con médicos y enfermeras de experiencia en asistencia neonatal. Ellos asumen la responsabilidad de decidir si el neonato se ubicará junto a su madre previo pasaje por la unidad de observación o en uno de los sectores de cuidados especiales.

Al recién nacido de madre sana con prenatal suficiente, embarazo a término, de parto vaginal, con buena vitalidad y peso suficiente se lo ubicará luego de 4 a 6 horas del período de transición en la misma habitación que su madre. Este sistema se conoce con el nombre de Alojamiento Conjunto para la Madre y su hijo recién nacido y responde a un programa docente que al establecer la adecuada relación madre-hijo satisface las necesidades afectivas del niño en su nueva etapa de vida extrauterina. En efecto, la madre al tener mayor participación en la atención de su hijo fortalece los lazos afectivos y desarrolla una mayor sensibilidad por los problemas prioritarios del niño. Así, se logra una mejor aceptación de la maternidad. En síntesis, el alojamiento conjunto se justifica por razones: a) preventivas tendientes a disminuir las infecciones cruzadas y a fomentar la alimentación natural y b) promocionales, tanto a favor de una mejor orientación sobre los cuidados del niño como el fortalecimiento de los lazos afectivos de la maravillosa pareja madre-hijo.

El niño que necesitó reanimación o fue considerado de riesgo y/o enfermo en el primer examen debe ser vigilado constantemente durante algunas horas para detectar precozmente las modificaciones de los signos vitales compatibles con cierta patología: síndrome de dificultad respiratoria, cianosis, palidez o ictericia, anormalidades de la temperatura y de la frecuencia cardíaca.

El niño que desde el nacimiento exija cuidados especiales será ubicado en el sector de cuidados intensivos. En la unidad de cuidado intermedio estará el recién nacido que habiendo estado y mejorado en la unidad de cuidado intensivo requiere aún de vigilancia. También se ubicará en esta unidad el niño con problemas de mediana gravedad: peso insuficiente por prematuridad, ictericia, infecciones, pre-operatorio de algunas malformaciones: imperforación anal, estenosis hipertrófica del píloro, atresia duodenal, esofágica, etc.

En la unidad de cuidado mínimo estará el recién nacido que habiendo estado en cuidado intermedio requiere aún cierto control. También los abandonados, hijos de madres aisladas por infecciones o en estado grave post parto. El recién nacido dado de alta debe ser controlado en su crecimiento y desarrollo en el consultorio externo próximo a su domicilio.

Por otra parte, el análisis del problema perinatal del país no debe centrarse solamente en reducir las tasas de mortalidad sino que debe considerar también el importante número de secuelas neuropsicomotoras definitivas e invalidan-

## FLUJOGRAMA ASISTENCIAL DEL R.N. Maternidad - Dpto. neonatología - H. Clínicas

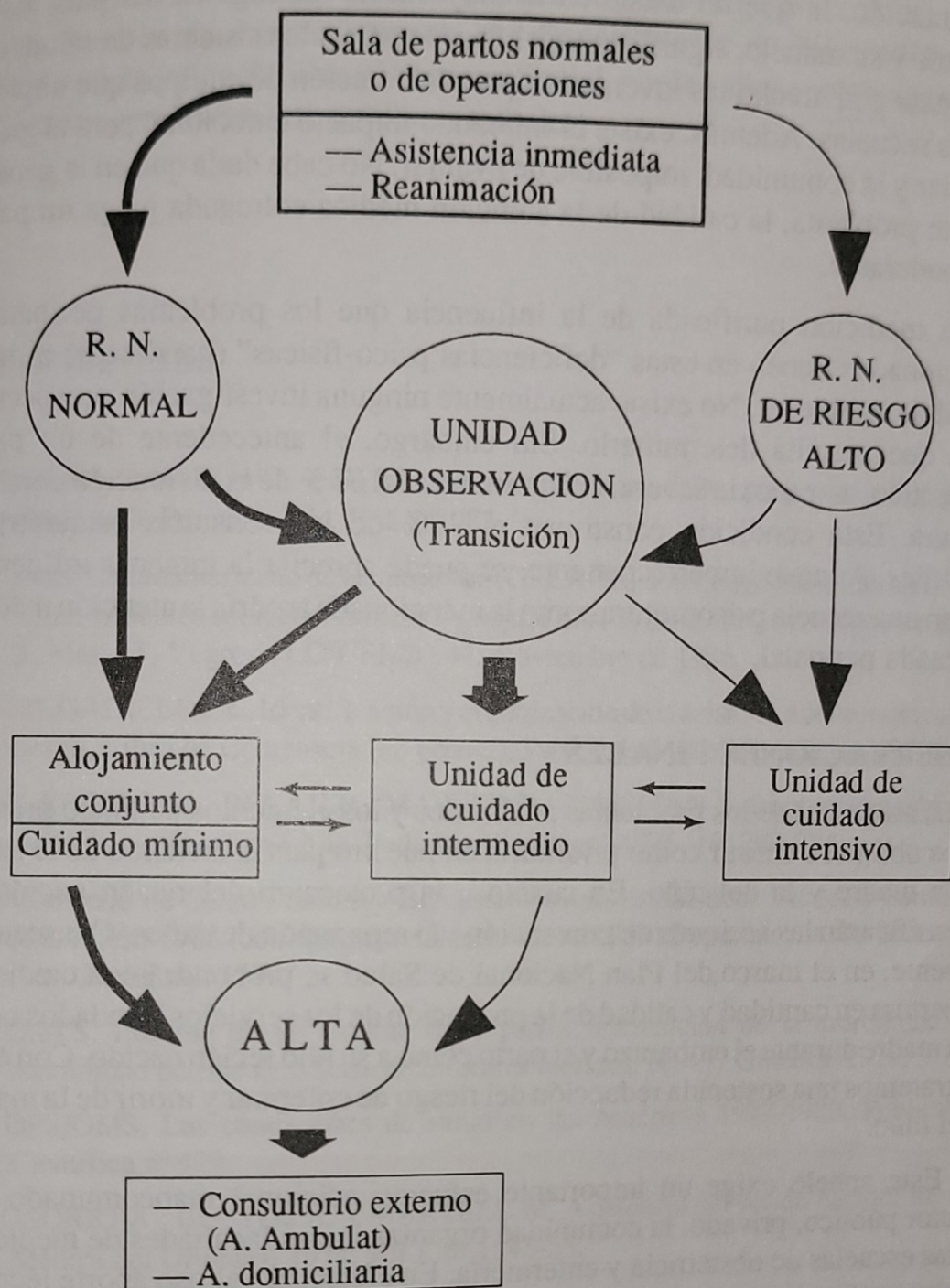


Gráfico 2. En el Departamento de Neonatología de la Maternidad del Hospital de Clínicas, se ha puesto en marcha en el año de 1989 el Programa de Asistencia Neonatal en base a lo esquematizado en el Gráfico N° 2, adaptado a la propuesta del Centro Latinoamericano de Perinatología (Montevideo - Uruguay) y conforme a las características explicitadas en esta presentación. El recién nacido sano sigue el camino indicado por las flechas más gruesas.

tes. Estas secuelas se han generado en aquellos recién nacidos, que habiendo sobrevivido a un accidente anóxico o traumático, han recibido una insuficiente atención, por no disponerse de los elementos terapéuticos que requerían de implantación, la que no existe en la mayoría de los lugares del país. Estos defectos y su manejo, significan un altísimo costo a los sistemas de salud, que sobrepasa con mucho las inversiones para la dotación de equipos que impiden dichas secuelas. Además, existe el tremendo impacto emocional para el grupo familiar y la comunidad, imposible de evaluar. No cabe duda que en la génesis de este problema, la calidad de la atención médica entregada juega un papel preponderante.

La medición purificada de la influencia que los problemas perinatales mencionados tienen en estas "deficiencias psico-físicas" (handicaps) es muy difícil de establecer. No existe actualmente ninguna investigación prospectiva seria que permita determinarlo. Sin embargo, el antecedente de un parto traumático, con anoxia severa, existe en más del 75% de la disfunción cerebral mínima. Esta condición constituye el 20% de las consultas psiquiátricas infantiles. Aunque imperfectamente, se puede apreciar la inmensa influencia que en una secuela psicomotora como la mencionada tendría la atención médica adecuada perinatal.

## **OBSERVACIONES FINALES**

La magnitud de los problemas analizados y los elementos de juicio presentados obligan a definir como prioritaria en nuestro país la atención de la salud de la madre y la del niño. En cuanto a la protección del recién nacido se intensificarán las acciones de prevención y/o reparación de daños. Consecuentemente, en el marco del Plan Nacional de Salud se propondrá una creciente cobertura en cantidad y calidad de la prestación de los servicios brindados tanto a la madre durante el embarazo y el parto como a su hijo recién nacido. Con ello, lograremos una sostenida reducción del riesgo de enfermar y morir de la madre y el niño.

Este anhelo exige un importante esfuerzo adicional mancomunado del sector público, privado, la comunidad organizada, las facultades de medicina y las escuelas de obstetricia y enfermería. En efecto, el valioso aporte técnico de los profesionales de la salud es imprescindible como contribución gravitante en la implantación de las actividades de los programas diseñados para mejorar la salud materno-infantil de la población nacional. Muchas gracias.

Octubre 3, 1989.

## AGRADECIMIENTOS

A las Licenciadas Estela Gaona de Benítez y María Teresa Yegros, Directora y funcionaria respectivamente del Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, por la valiosa colaboración que brindaron generosamente a nuestro trabajo.

## REFERENCIAS

- 1) BRANS Y. W. Planificación de un centro perinatal: de los proyectos a la realidad. Clínicas de Perinatología. Vol. 1/1983.
- 2) Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE): Paraguay: la mortalidad infantil según variables socioeconómicas y geográficas, 1955-1980 (con el aporte nacional de María T. Yegros). LC/DEM/G 44. Noviembre de 1986.
- 3) DELGADILLO J. L. Identificación y organización de la asistencia del neonato de alto riesgo. Libro de Obstetricia (en prensa). Prof. Ruoti y colaboradores (1989).
- 4) FERREIRO M., BECA J.P., MASLER R., VAISMAN S. Implementación en la atención neonatal en Chile. *Pediatría* (Santiago) 1976; 19: 282-284.
- 5) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Estadísticas Vitales y Sanitarias. Años 1960-1985 (con datos actualizados hasta 1987) Departamento de Bioestadísticas. Paraguay. 1987.
- 6) O.M.S. Informe de un Comité de expertos: Prevención de la mortalidad y la morbilidad perinatales. Serie de informes teóricos. Nº 457 Ginebra, 1970.
- 7) OPS/OMS. Las condiciones de salud en las Américas 1977-1980. Publicación Científica nº 427.
- 8) OSORIO A., BUSTOS R. y MARTELL M. Asistencia del recién nacido. *Revista Médica del Uruguay*. 1974; vol 1, nº 1: 45-53.