

EL TRAUMA DEL NACIMIENTO - V

Un programa de salud pública para el niño con alto riesgo perinatal.*Dr. Jaime Quevedo Caicedo*

INTRODUCCION

Existe un consenso general de opinión que la disminución de la mortalidad perinatal ha creado un problema de salud pública, de una magnitud no cuantificada, al permitir que muchos niños sobrevivan a riesgos perinatales que van a causar alteraciones en los procesos sensorio-motrices e intelectuales de estos niños.

Se calcula que el 32% de los embarazos se acompañan de un factor de riesgo definido y estos embarazos motivan el 60% de los problemas mortales. El 40% restante está constituido por los problemas súbitos, sin previo aviso, que se presentan en el momento del parto (2). En nuestra serie se encontró que el 27 de la MNN* estaba relacionada con el embarazo y en el 73% restante ésta podía atribuirse a las complicaciones durante el parto. Se ha dicho igualmente que entre un 20 y un 30% de los recién nacidos vivos han tenido algún tipo de riesgo perinatal y que uno de cada cinco embarazos tendrá un producto con serias complicaciones.

Según estas alarmantes cifras en Colombia podrían sobrevivir al riesgo perinatal unos 200.000 niños por año. Dadas las condiciones socio-económicas actuales de la mayor parte de la población y de la crisis de la atención médica, estas cifras podrían ser conservadoras. Ante esta situación —qué debemos hacer? Debemos continuar “salvando recién nacidos” por el solo hecho de salvarlos? Con nuestros actuales recursos podríamos tener una atención más racional de las madres embarazadas? Llegaremos algún día a la deseada meta del parto institucional?— No queremos pecar de pesimistas ni caer tampoco en un optimismo ilusorio pero creo que SI es factible racionalizar lo existente con la mira a establecer a corto plazo un programa de salud pública que

garantice por lo menos que los factores prevenibles van a ser atacados con prioridad.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES.— Para que un programa de esta índole tenga un éxito garantizado es conveniente que se tengan en cuenta los siguientes puntos:

1.— Los factores que contribuyen a la mejoría de las estadísticas perinatales no son exclusivamente de índole médica: también intervienen factores socio-económicos, geográficos, educativos y políticos.

2.— Por tales razones, un programa de salud pública de esta índole requiere una cuidadosa y estricta planificación en lo que se refiere a disponibilidad de material clínico, a personal especialmente adiestrado, espacio, equipo y financiamiento adecuados. Las unidades de cuidado intensivo no deben ser únicamente símbolos de categoría de las instituciones. Se obtienen resultados óptimos si todo obedece a un plan amplio de asistencia sanitaria materno-infantil.

3.— La morbilidad neuropsicológica Tardía está constituida por trastornos crónicos que implican problemas de costos, de atención médica especializada y continuada y de costos servicios especializados de rehabilitación.

4.— La MNT es esencialmente una enfermedad de la niñez en la que es indispensable la detección precoz, el diagnóstico certero y la supervisión continua.

5.— Las secuelas de la MNT tienen un estigma social y son ventilados en secreto por la mayoría de las familias y tales diagnósticos no son aceptados con facilidad y con frecuencia las familias son explotadas por teguas y charlatanes inescrupulosos.

6.— El problema es de una magnitud insospechada. Si utilizamos la tasa encontrada en nuestra serie —partiendo de un número de 200.000 por año— tendríamos —por ejemplo— para los síndromes convulsivos una cifra aproximada de 92.000 por año;

* Niño con alto riesgo perinatal.

16.000 niños con diversos grados de Parálisis Cerebral y 66.000 que requieren servicios especializados en clínicas de conducta.

7.— Los costos son incalculables, crecen en proporción aritmética y el presupuesto dedicado al estudio de esta situación es irrisorio.

En consideración a las anteriores razones nos permitimos sugerir como una primera etapa de este plan:

1.— Que se implementen los programas de Embarazo de Alto Riesgo.

2.— Que se creen Centros Regionales de Atención perinatal de acuerdo a: a.— Una estricta regionalización determinada por datos geográficos. b.— Parto institucional para todo Embarazo de Alto Riesgo. c.— Centros de Atención periférica para todo parto normal. d.— Servicio especial de transporte y Parto Institucional para todo parto de riesgo.

3.— Creación de Unidades de cuidado Intensivo Fetal en cada Centro Perinatal que tenga capacidad para atender un mínimo de 6.000 por año.

4.— Para iniciar los Registros De Alto Riesgo Perinatal.

5.— Iniciar las Clínicas de desarrollo para el seguimiento de las NARP. Estas funcionarían bajo la dirección de un médico especialmente entrenado y funcionaría con pautas claramente establecidas que podrían ser delegadas a personal de enfermería.

6.— Programas anexos:

- a.— Consecución de estadísticas reales.
- b.— Educación y Consejería para el Embarazo y Parto.
- c.— Promoción educativa para vencer el estigma social.
- d.— Consecución de oportunidades educativas y laborales para los NARP*

Referencias:

- 1.— Baldwin R. et Al: The Epilepsy Program in Public Health. Acta Ped. Scand 43:452 Apr. 1953.
- 2.— Swyer P.R. Organización Regional de la Asistencia Especial para Neonatn. Clin. Ped. N.A. Nov. 1970.

* Mortalidad Neuro-psicológica Tardía.