

Regionalización de la Atención Perinatal

18° Jornada Nacional de ROP 18° Jornada Nacional de ROP



SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA
Comité nacional de Estudios Fetoneonatales (C.E.F.E.N.)
4 ° CONGRESO ARGENTINO DE NEONATOLOGIA
10 ° Jornadas Interdisciplinarias de Seguimiento de Alto Riesgo
4 ° Jornada de Perinatología
4 ° Jornada de Enfermería Neonatal



Secretaría de
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia

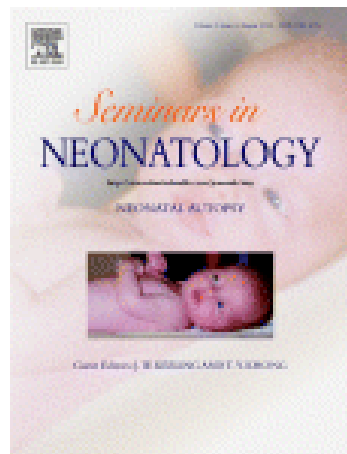
Dra Diana Fariña
dfarina@dinami.gov.ar



REGIONALIZACIÓN

*Toda **mujer** tiene derecho a un **embarazo planificado** y a un **parto seguro y respetado**.*

*Todo **niño** tiene el derecho a nacer en el **nivel de complejidad** que **según su riesgo** le corresponde.*



Seminars in Neonatology
Volume 9, Issue 2, Pages 87-166
(April 2004)

Regional organization of
perinatal care

**Regionalización 35 años
después...**

Yun V, Dunn P 2004

Development of regionalized perinatal care

Victor Y.H. Yu^{a*}, Peter M. Dunn^b

Seminars in Neonatology (2004) 9, 89–97

- Canadá 1968
- Compromiso de gobiernos, municipio, instituciones y personal de salud
- Hay muchos efectores de salud, el desafío es incorporarlos al sistema de salud
- **Síndrome de la “Torre de Marfil”**: Hay que DESESTIMAR que la torre de marfil es el único lugar donde aprender. Hay que enseñar a las enfermeras y los médicos en sus propias comunidades. El concepto básico dice “vení a “la torre” y te haremos más inteligente”. Los educadores nunca salen de la torre para ver lo que está pasando afuera.

Regionalización de los servicios materno-perinatales, significa el desarrollo, dentro de un área geográfica, de un sistema de salud materno y perinatal coordinado en el cual, merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud y basándose en las necesidades de la población se identifica el grado de complejidad que cada institución provee con el fin de alcanzar los siguientes objetivos: atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos, utilización apropiada de la tecnología requerida y del personal perinatal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable

Todos los médicos en un sistema de salud materno y perinatal regionalizado deben estar incorporados a una red de comunicación que provea: consulta con un experto telefónica o ambulatoria disponible en todo momento, educación continua para médicos / obstétricas/ enfermeros y otros integrantes.

Y, en ciertas circunstancias un sistema de transporte para mujeres con embarazos complicados o RN críticamente enfermos que requieran mayor complejidad para su atención

Regionalizar

ESTABLECER NIVELES DE
COMPLEJIDAD
II – IIIA - IIIB



GENERAR REDES ENTRE
LOS DISTINTOS NIVELES DE
ATENCIÓN

Traslado de la embarazada



Traslado Neonatal



Abril 2011

- Autores
- Bremen De Mucio
 - Ricardo Fecina
 - Alberto Schwarcz
 - MC Garibaldi
 - GC Mendez Valdemarin



Octubre 2017

- Referentes de:
1. Maternidad e Infancia
 2. Hospitales
 3. 1er nivel de atención

100 participantes
Talleres por Región

Principales problemas para la implementación de la Regionalización Perinatal

A map of Argentina is shown in the background, divided into several colored regions: yellow, orange, green, blue, and red. The text boxes are overlaid on this map.

Apoyo político para regionalizar la atención Perinatal

Disponibilidad y adecuada distribución del RRHH

Insuficiente conocimiento de la estrategia por los equipos de salud

Pertenencia a la institución antes que al sistema

Poca información disponible para la comunidad

Necesidad de mejoras del sistema de traslado

**1er nivel de atención →
Detecta riesgo**

Nivel II

- bajo riesgo
- Derivación oportuna embarazada
- Acepta contrareferencia

**Sistema de
salud regional**

Nivel IIIA

- Embarazos alto riesgo
- Terapia intensiva adultos
- Pt > 32 s
- Aceptación > 32 s

Nivel IIIB

MAYOR RESPONSABILIDAD

- Alto nivel de aceptación
- Embarazos alto riesgo
- Terapia intensiva adultos
- Pt < 32 s
- contratreferencia

II-III A-III B
**Todos cargan el SIP
Perinatal & NEO**

Resolución 670/2019



ARTICULO.1°.- Apruébanse las **Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE)** como requisitos esenciales para el funcionamiento todos las establecimientos de salud de nivel II y III, públicos o privados donde se atienden partos...

ARTICULO 2°.- Establézcase que las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) aprobadas por el artículo anterior serán aplicables a los establecimientos sanitarios públicos nacionales, a los establecimientos sanitarios donde se atienden partos que sean objeto de fiscalización por parte de este MINISTERIO, y a aquellos donde se atienden partos de beneficiarios de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud (...), las Entidades de Medicina Prepaga (...), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (...), la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, el Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas y las Obras Sociales Universitarias (...)

CONE

Condiciones Obstétricas & Neonatales Esenciales

1. Disponibilidad Quirúrgica y procedimientos obstétricos.
2. Anestesia.
3. Transfusión de sangre.
4. Tratamiento de los trastornos maternos.
5. Atención neonatal inmediata.
6. Reducción del riesgo materno y neonatal.
7. Transporte oportuno al nivel de referencia.

En **TODAS** las instituciones públicas o privadas donde se efectúen partos

Resolución 670/2019

Maternidades Públicas en Argentina

486 Maternidades Públicas:
419.984 nacidos vivos

75,2% < 1.000 partos anuales
23,9% < 100

Cumplimiento de CONEs

N= 307

63,4% cumplen CONEs

36,6% NO cumplen CONEs

N= 179

N= 396.158

Asisten 94,4% de los partos

Asisten 5,6% de los partos

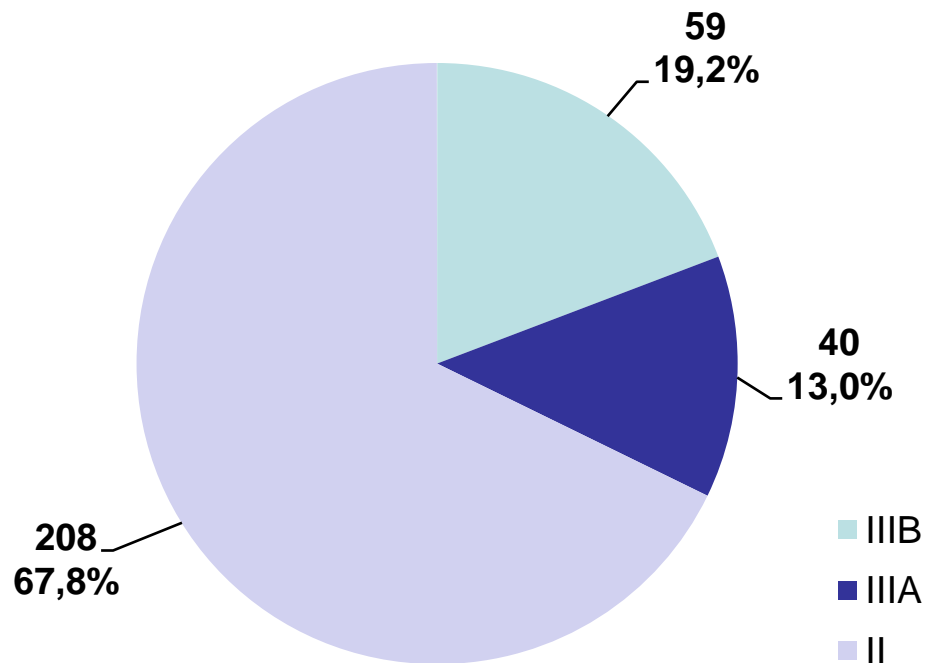
N= 23.500

82 efectores → asisten 941 partos (c/u menos de 25 al año) → 0,2% de los partos

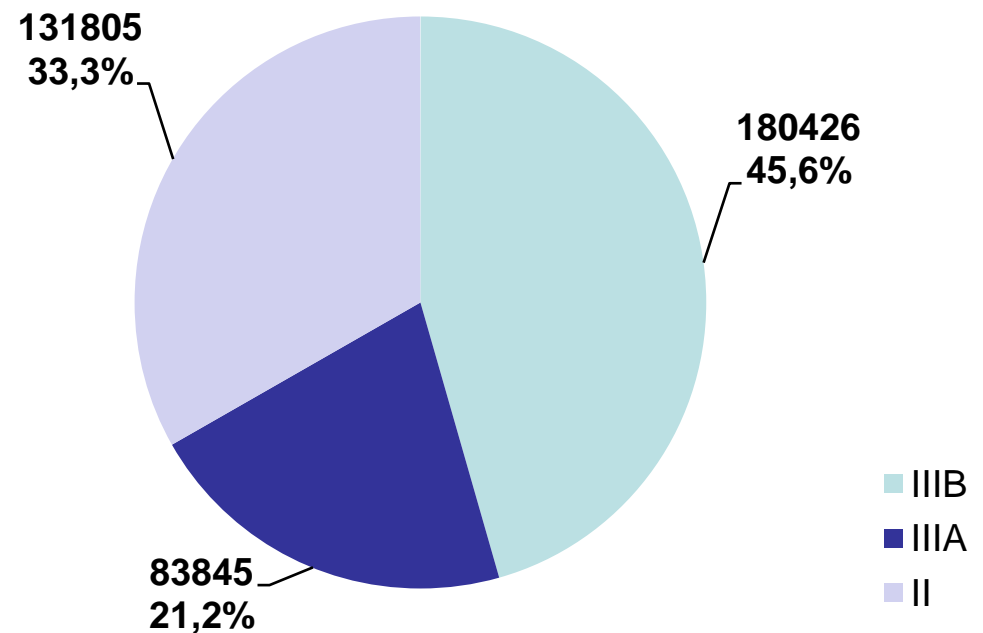
2014 → 504 maternidades: 57.5% con CONE, asistían 92.5% de los partos

Maternidades Públicas y nacimientos en Argentina

Efectores con CONEs según nivel de complejidad. Total País

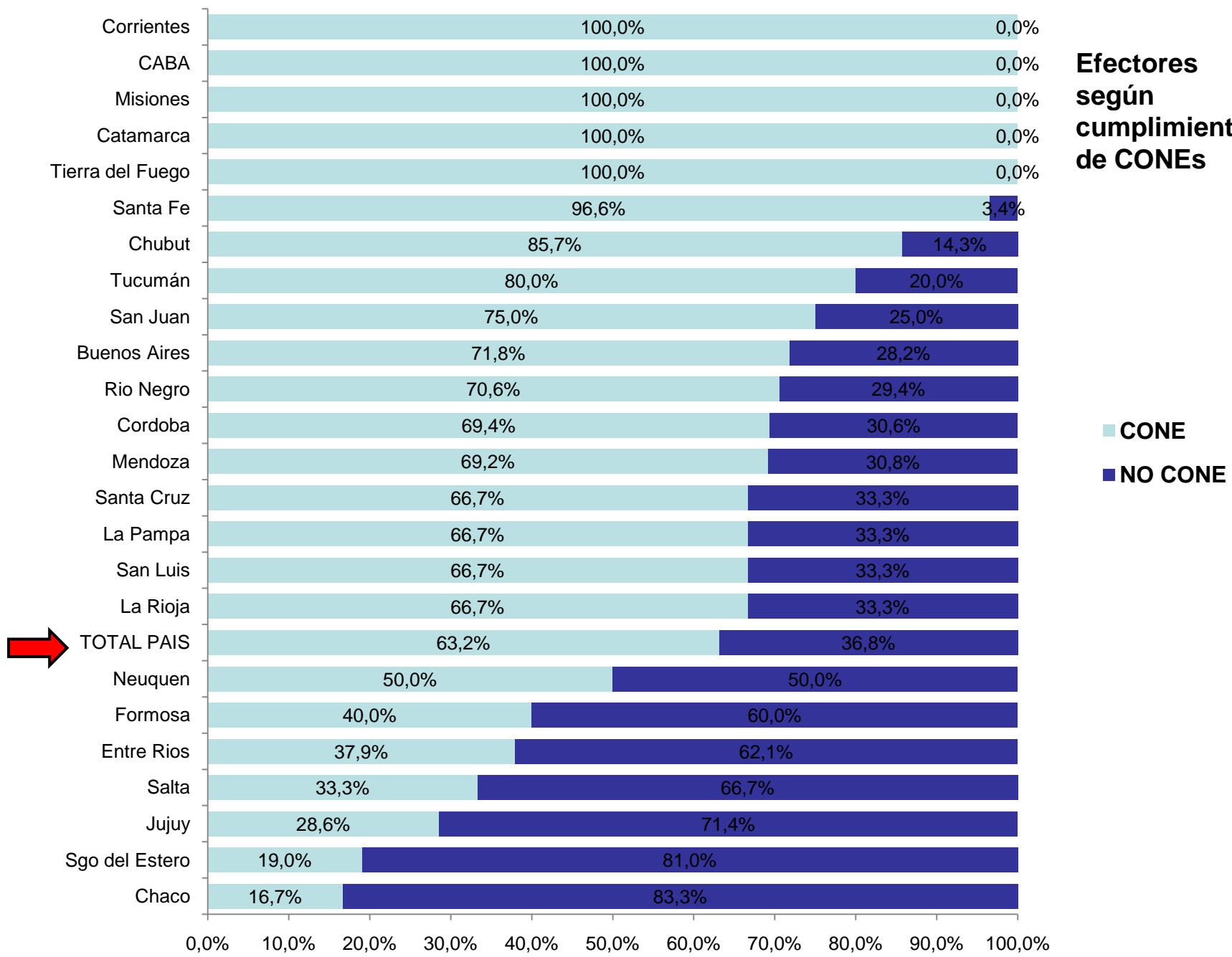


Nacimientos en efectores con CONEs, según nivel de complejidad del efector. Total país.



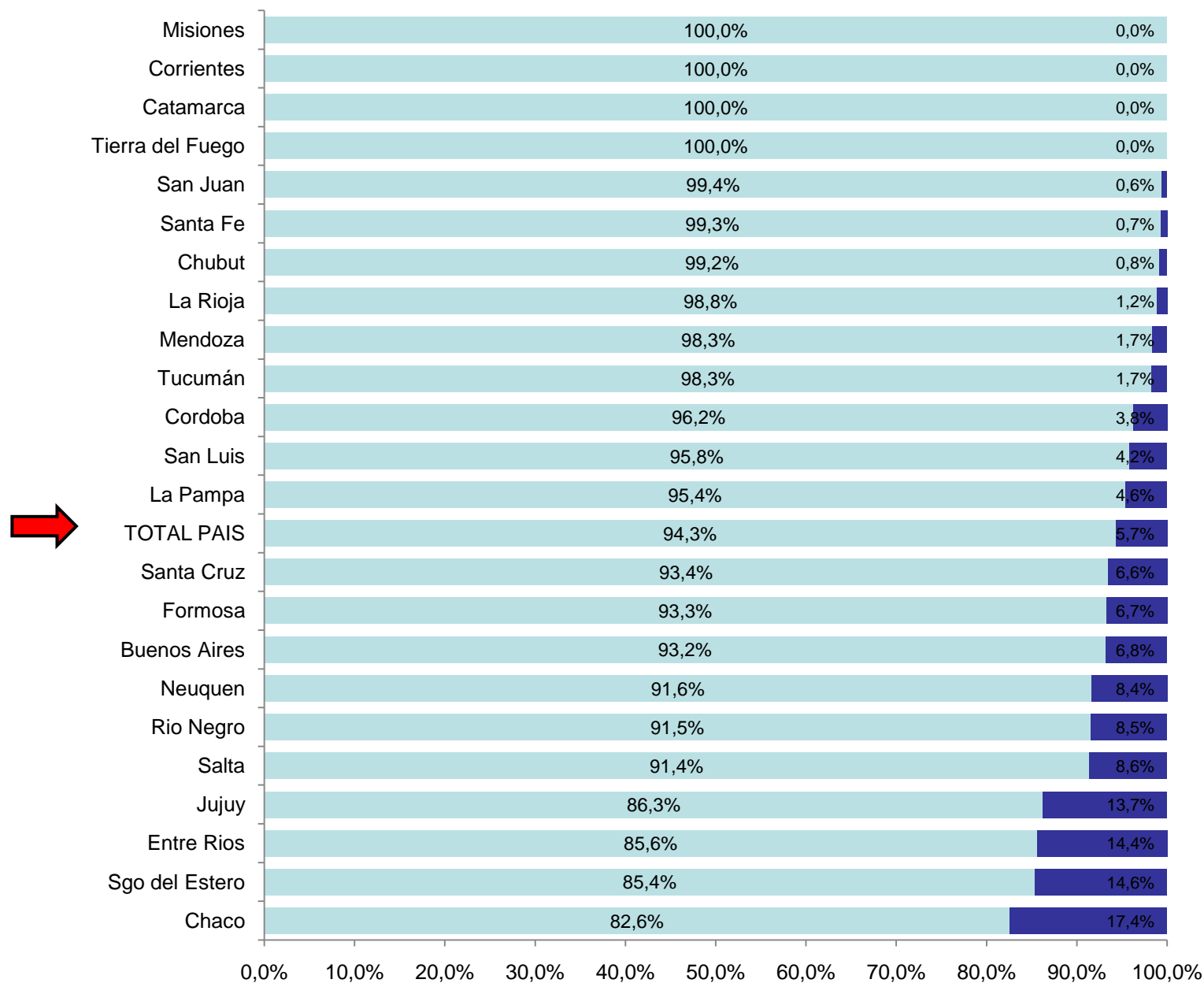
Fuente: DINAMIA. Secretaría de Gobierno de Salud. MSDS. Año 2017

Efectores según cumplimiento de CONEs



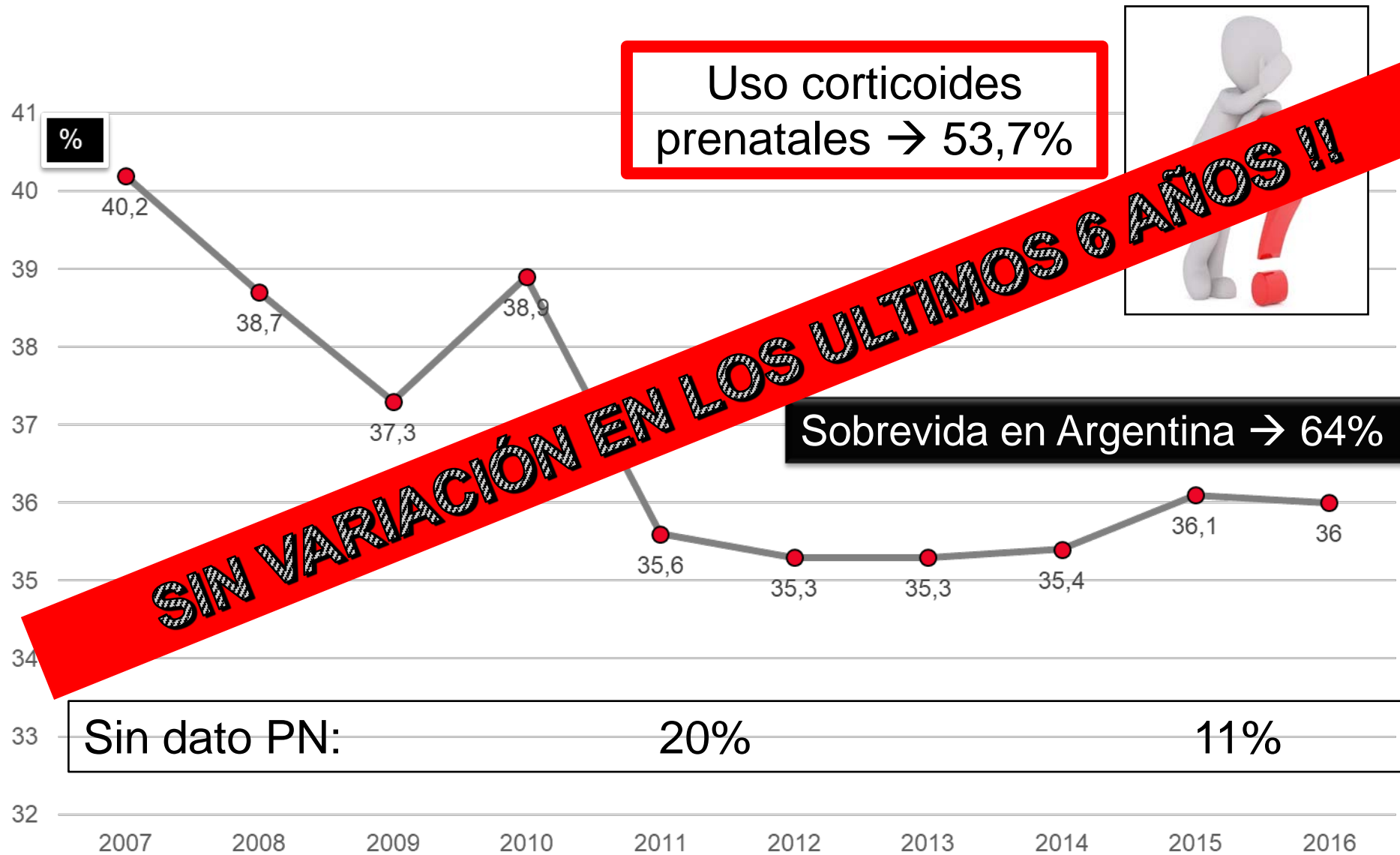
Fuente: DINAMIA. Secretaría de Gobierno de Salud. MSDS. Año 2017

Nacimientos según cumplimiento de CONEs

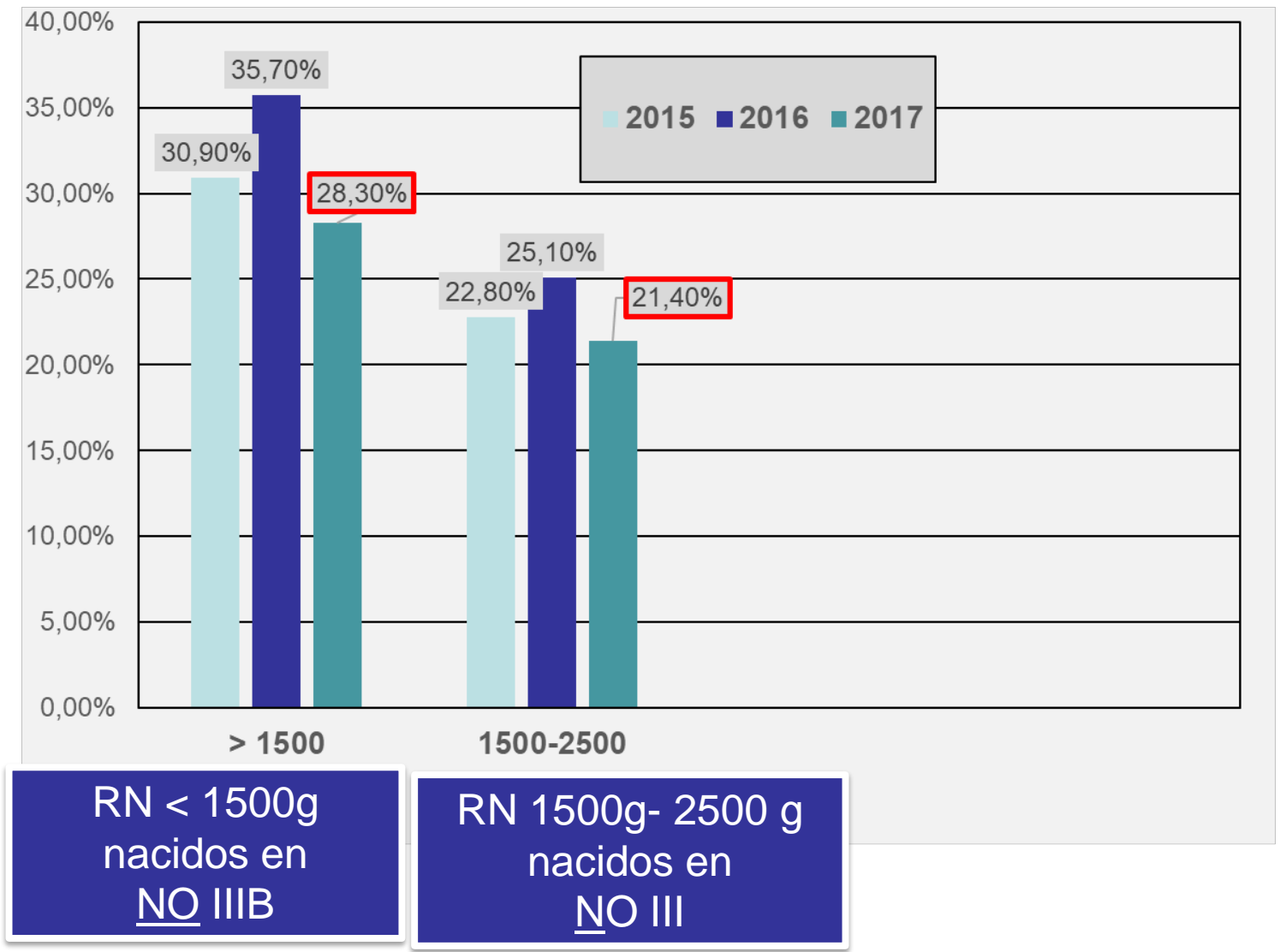


Fuente: DINAMIA. Secretaria de Gobierno de Salud. MSDS. Año 2017

Mortalidad < 1500 g



Nacimientos de Pt según nivel de complejidad



Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G)

Indicadores básicos
República Argentina, 2017



- 75% nacidos en el sector publico
- 100% de las IIB
- Nacimientos 308.066 → 299.332 Nacidos Vivos

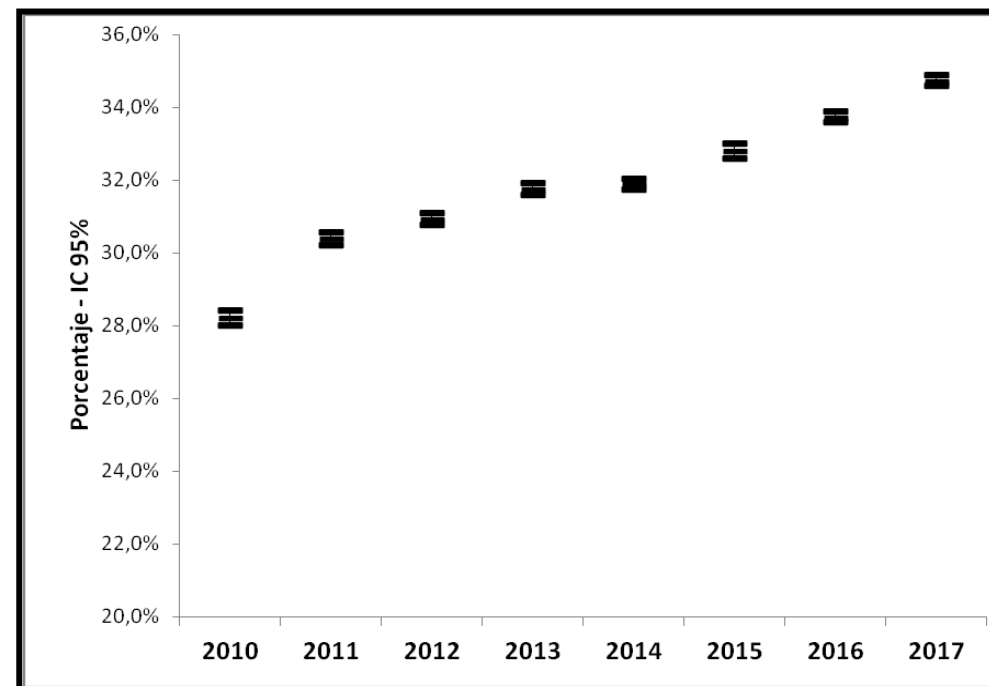
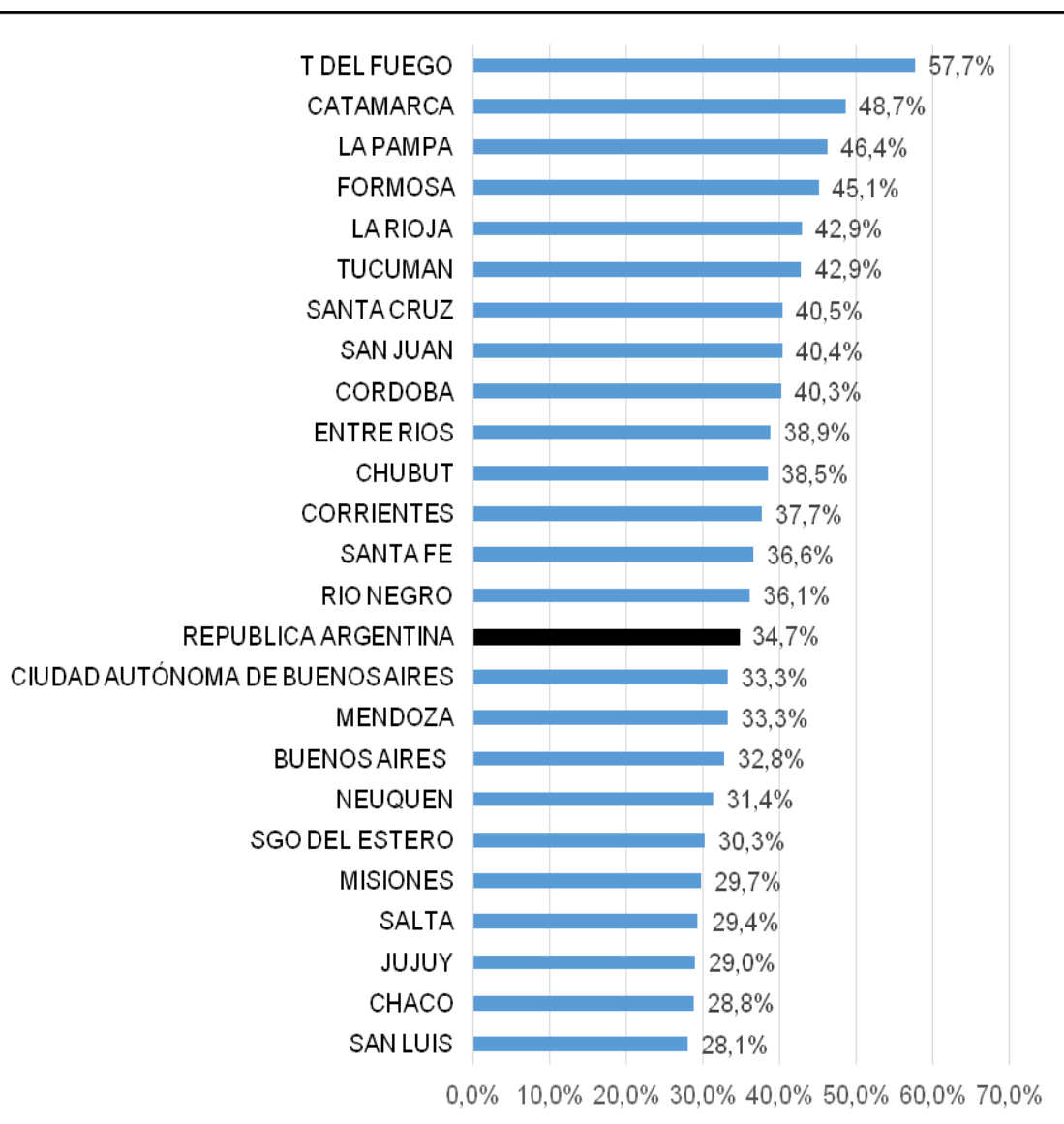
Anuario SIP disponible en web DINAMIA

Datos SIP – G Total País. Año 2017

293 Maternidades Públicas.

<i>Indicador SIP-G</i>	<i>Total País</i>
Madre adolescente	20,1%
Sin Control prenatal	4,9%
Control prenatal insuficiente (<5 controles)	30,7%
Primera consulta prenatal precoz (E.G. a la primera consulta <13 semanas)	41,1%
Cesárea	34,7%
Uso de corticoides	53,7%

TASA DE CESAREAS



Regionalización: Evidencia









Estrategias para Mejorar la Sobrevida del Prematuro Extremo

Rev Chil Pediatr 2009; 80 (6): 551-559

MARÍA EUGENIA HÜBNER G.¹, JULIO NAZER H.², GUIDO JUÁREZ DE LEÓN³

Tabla 2. Estrategias asociadas a mayor sobrevida del prematuro

	Organización de la atención	Manejo clínico del RN	
	Regionalización cuidado neonatal	Uso surfactante	
	Establecer niveles de atención	Corticoides prenatales	
	Transporte in útero	Guías de reanimación neonatal	
	Activo manejo obstétrico	Limitar uso corticoides post natal	
	Redes neonatales	Redes neonatales	

Perinatal Regionalization for Very Low-Birth-Weight and Very Preterm Infants

A Meta-analysis

Lasswell SM et al JAMA 2010

- CDC – Emory- Maryland
- Regionalización EEUU finales `60
- Decada `80 → de-regeonalización
- 2012 → AAP Maternidades niveles I a IV
- TIOP II, AAP → 2008 90% < 1500 nazcan en Nivel III → solo 5 estados
- Insumo para el TIOP III. Cuan importante es la categoría (nivel de atención) de la institución para la sobrevivencia de RNMBP?

Objetivo: evaluar evidencia bibliográfica sobre la asociación de mortalidad y nivel de atención en PT < 1500g

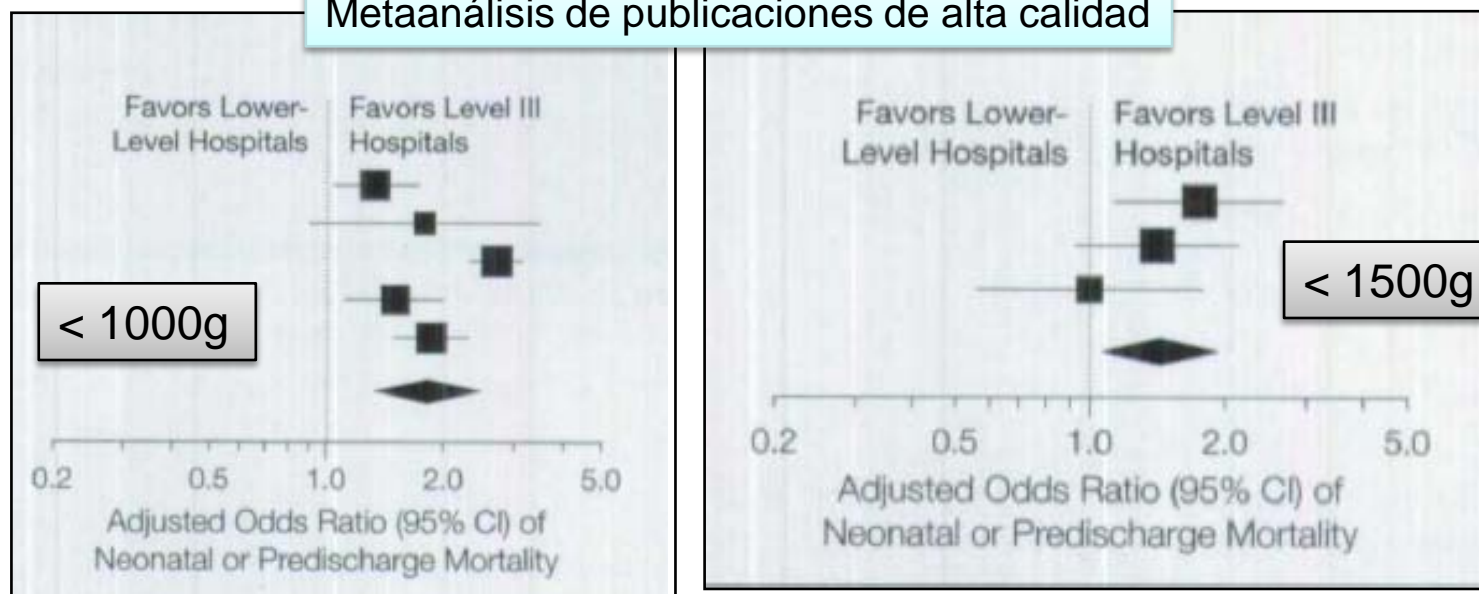
Resultados: 41 publicaciones de alta calidad

- 41 estudios: 22 EEUU, 15 (Canadá, Israel, Gana, Australia y Europa)
- Año de publicación: 1970 - 2008
- 104.944 RNMBP

Resultado principal

62% mas de posibilidades de muerte neonatal / prealta por NO NACER en una maternidad nivel III. (38 vs 23% OR 1,62 IC 1,44-1,83)

Metaanálisis de publicaciones de alta calidad



The Association of Level of Care With NICU Quality

Jochen Profit, MD, MPH,^{a,b} Jeffrey B. Gould,^{a,b} Mihoko Bennett, PhD,^{a,b} Benjamin A. Goldstein, PhD,^c David Draper, PhD,^{d,e} Ciaran S. Phibbs, PhD,^{a,f} Henry C. Lee, MD, MS^{a,b}

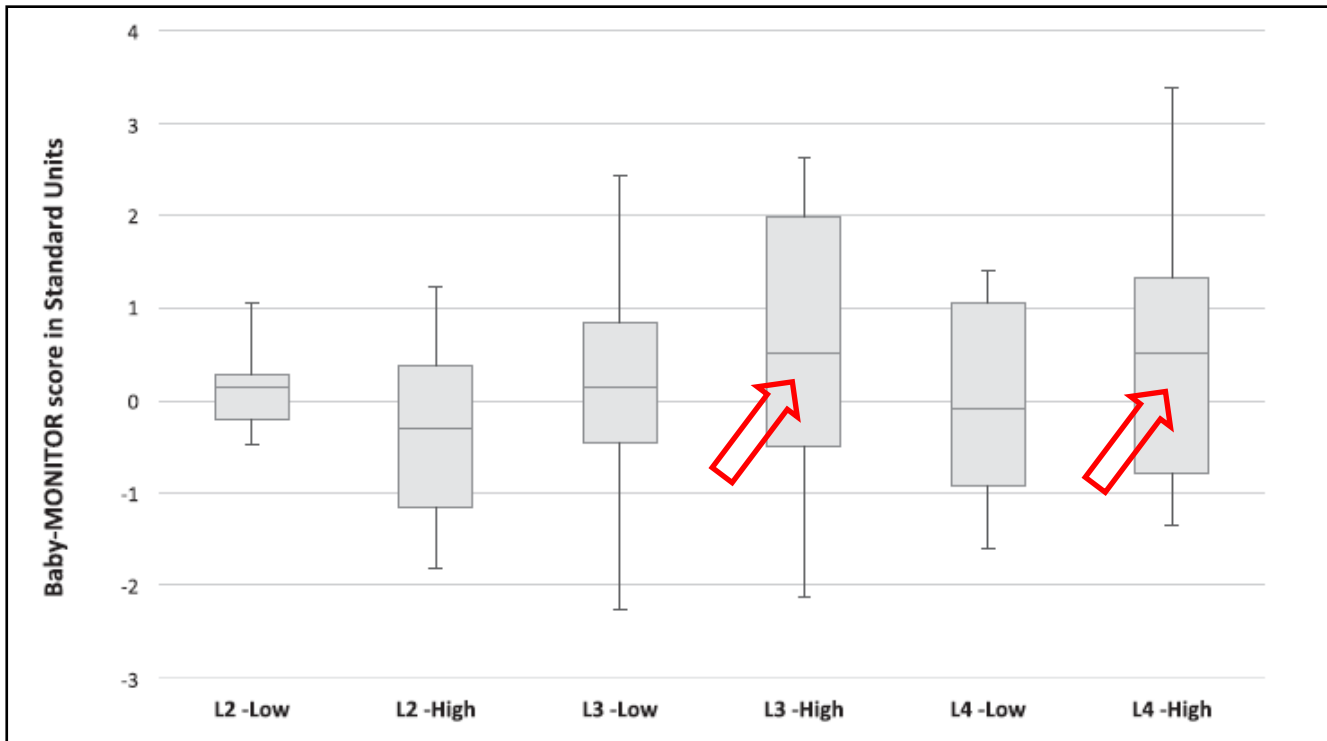
Pediatrics 2016

Objetivo: Evaluar si existen diferencias en la calidad de atención de los RNMBP según Nivel de la Maternidad (II, III y IV)

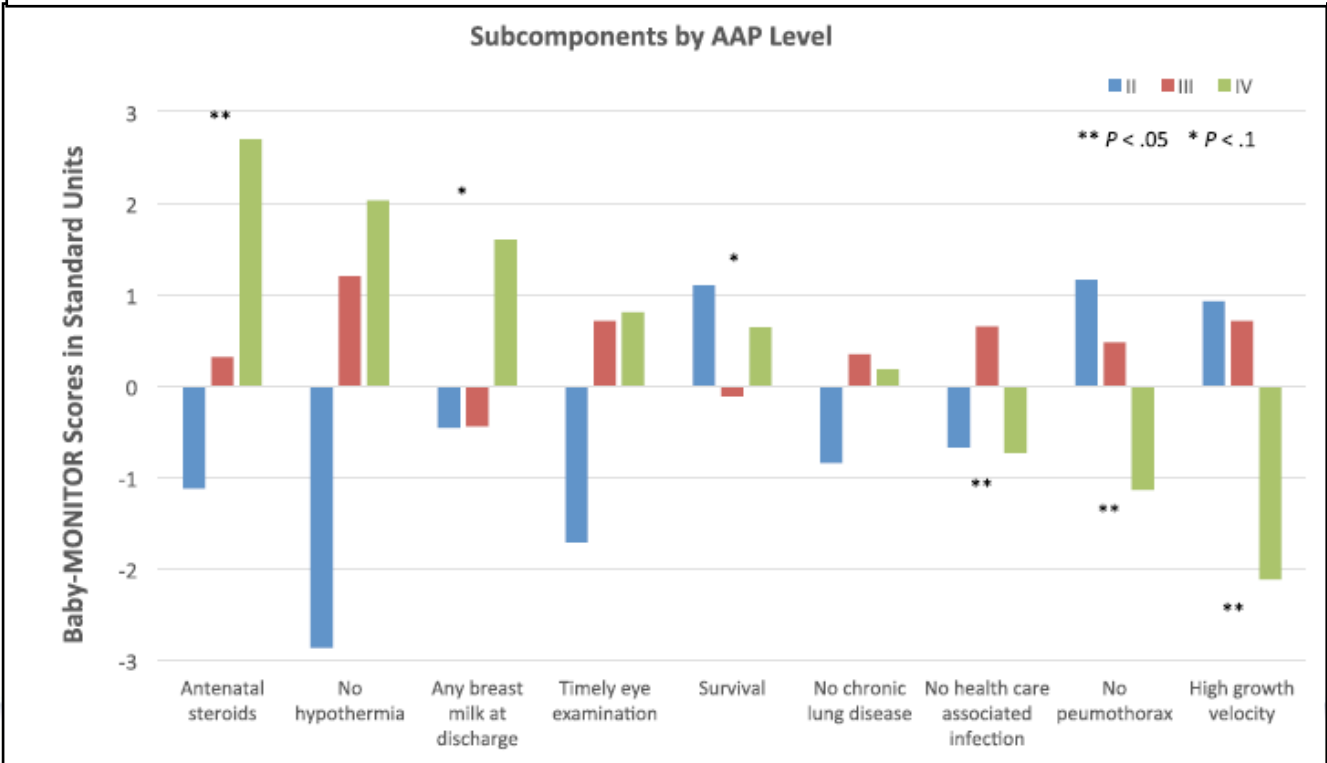
MM: California, 134 unidades 21,051 < 1500 g (2008-2012)

Baby-MONITOR → Valores mas alto mejores resultados

Corticoides prenatales – Ingreso a la UCIN < 36° - Neumotórax – IH (HCAI) – DBP (36s) – ROP – Alta con algo de LH – mortalidad intrahospitalaria – crecimiento < o > 12 g/k/dia



Resultados vs volumen de la unidad



Resultados según nivel de la unidad y componentes del score

Maternal Mortality, Near Misses, and Severe Morbidity

OCTOBER 2012

OBSTETRICS & GYNECOLOGY

Lowering Rates Through Designated Levels of Maternity Care

- 1/3 de los nacimientos Pt es por indicación obstétrica
- Feto malformado y embarazada sana
- Embarazada con co-morbididades, RN ??



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS



Society for
Maternal-Fetal
Medicine

OBSTETRIC CARE CONSENSUS

Number 2 • February 2015

Levels of Maternal Care

Quality and safety of neonatal intensive care

Hobar J, Gould J. 2013 (Vermont Oxford)

- La evaluación sistemática de la calidad, de la seguridad y de eficiencia del cuidado medico es una parte integral de la practica médica
- Relman → Estamos en la era de la evaluación y de la rendición de cuentas (assessment & accountability)
- Que procesos evaluar → los que están fuertemente ligados a los resultados clínicos
- Foro nacional de calidad (EEUU):

National Voluntary Consensus Standards for Perinatal Care: Selected Abridged Neonatal Measures

1. Empleo apropiado de corticoides prenatales
2. Nacimiento de < 1500 g en una institución nivel III (IIIB)
3. Infección nosocomial (hemocultivo)
4. Egreso con lactancia materna exclusiva

Ni la introducción ni el desarrollo de la atención perinatal regionalizada es una tarea fácil. Muchas instituciones y especialidades están involucradas y los conflictos de intereses son inevitables.

*La historia del desarrollo de la atención perinatal regionalizada en los tres continentes en las últimas tres décadas ha demostrado que es una **tarea multidisciplinaria** que requiere un fuerte compromiso con una **visión común**, un **esfuerzo de colaboración** entre los individuos, entre las especialidades y **compromiso del gobierno, tanto a nivel central como regional.***

*Podrían lograrse avances significativos con el tiempo si se resuelven los problemas con **comprensión, tolerancia y perseverancia.***

Los retos podrían ser superados con buena voluntad, amistad, cooperación, paciencia y un deseo compartido de mejorar la disponibilidad y la calidad de la atención perinatal de una población geográficamente definida en una región.

Yun V, Dunn P. 2004

Secretaría de
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación